

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE 599

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 18 juillet 1900, à 1 heure

Par LÉON VOIZOT

Né à Varennes-sur-Amance (Haute-Marne), le 2 juin 1874

SUR UN CAS D'HYDRONÉPHROSE INTERMITTENTE CHEZ L'HOMME PAR DÉPLACEMENT DU REIN

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges } MM. DELENS, professeur.
DELBET et WALTHER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical

PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

599

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

000



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 18 juillet 1900, à 1 heure

Par LÉON VOIZOT

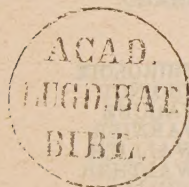
Né à Varennes-sur-Amance (Haute-Marne), le 2 juin 1874

SUR UN CAS
D'HYDRÉNOPHROSE INTERMITTENTE
CHEZ L'HOMME
PAR DÉPLACEMENT DU REIN

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges { MM. DELENS, professeur.
DELBET et WALTHER, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS
JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15. rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GABRIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ROUCHARD.
Pathologie médicale	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	HUTINEL.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	BRISAUD.
	CHANTEMESSE
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY
	GRANCHER.
Maladie des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux	BERGER.
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU
	TILLAUD.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DEGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (Aug.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BROCA (André)	HARTMANN	ROGER	WIDAL
BARRIN	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LAUNOIS	TEISSIER	
DELBET	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR RICARD

Chirurgien des Hôpitaux.

Hommage de ma vive reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien des Hôpitaux.

Membre de l'Académie de Médecine.

Commandeur de la Légion d'honneur.

SUR UN CAS

D'HYDRONÉPHROSE INTERMITTENTE

CHEZ L'HOMME

Par déplacement du rein

INTRODUCTION

S'il est un chapitre de la pathologie rénale qui soit longtemps resté dans l'ombre, peu étudié et peu connu, c'est bien celui des hydronéphroses, et en particulier de cette variété que l'on a nommée intermittente.

L'observation qui semble la première en date remonte à 1672; c'est celle de Tulpius rapportée par Rayer (1) dans son *Traité des maladies des reins*. Un homme avait régulièrement son ischurie (hydronéphrose) à chaque pleine lune; elle durait cinq jours, puis disparaissait. « Après sa mort, on trouva le rein gauche aussi grand que la vessie urinaire ».

1. Rayer. *Traité des maladies des reins*, 1841, t. III.

Jusqu'en 1855, aucune observation nouvelle, mais à partir de cette époque on trouve l'affection consignée parfois dans quelques journaux médicaux.

En 1857, Hare donna un cas bien étudié, remarquable par la bilatéralité des lésions.

Deux autres cas très nets furent présentés par Thomas Hillier à la Société royale de Médecine et de Chirurgie de Londres, le 14 novembre 1865.

En 1873, Heiberg publie, sous le titre d'hydronéphrose temporaire, une observation intéressante.

En 1874, Thomas Cole publie un fait analogue et l'intitule franchement hydronéphrose intermittente.

En 1876, Morris H. (de Londres) donne le premier travail d'ensemble sur la question.

Chose curieuse alors, une dizaine d'années se passent avant que l'on puisse rencontrer de nouveaux cas dans la littérature ; il semble que l'attention ait été détournée de ce sujet.

En 1886, paraissent une statistique de J. Lloyd (de Birmingham), le mémoire de Landau et le livre de Newmann. Des publications deviennent de plus en plus fréquentes, venant confirmer et préciser les recherches déjà faites. Landau et Newmann établissent nettement le rôle considérable que joue dans l'hydronéphrose intermittente la mobilité du rein.

Les traités didactiques, à part l'ouvrage de Paul Fürbringer, et le *Traité des affections des reins* de M. le professeur Le Dentu, ne parlaient que bien peu de la question, lorsqu'en 1891 parut le savant mémoire de MM.

Terrier et Baudoin (1), lequel reste le travail capital sur la matière.

En 1891, Arnould (2) écrit sa thèse sur les hydronéphroses, et consacre un court chapitre à la variété intermittente.

M. Tuffier traite de l'affection (3) et donne le résultat de ses très intéressantes expériences (4).

En 1893 apparaît la première et la seule thèse faite sur ce sujet. Faurichon (5) apporte deux observations nouvelles.

En 1894 Navarro (6) reprend, dans sa thèse, l'étude des hydronéphroses, mais, comme Arnould, s'attarde peu au symptôme intermittence.

Depuis cette époque, les ouvrages classiques se sont emparés de la question, et nous la voyons longuement étudiée par M. Tuffier, dans le *Nouveau traité de chirurgie* ; mais on ne retrouve que peu d'observations publiées ; il serait cependant au plus haut point utile que s'accrût le nombre des cas, car malgré les données précises que l'on a maintenant sur ce symptôme, bien des points qui intéressent son étiologie, son évolution, et surtout sa pathogénie, restent encore à élucider.

Une circonstance exceptionnelle s'offrit, où nous nous trouvions des mieux placé pour étudier de près la marche

1. Terrier et Baudoin. *Revue de chirurgie*, 1891.

2. Arnould. Th. Paris, 1890-1891.

3. Tuffier. *Traité de chirurgie*, 1891.

4. Tuffier. *Bull. et mém. de la soc. de chirurgie*, 1893. p. 698

5. Faurichon. Th. Paris, 1892-1893.

6. Navarro. Th. Paris, 1893-1894.

de la maladie. Il y a trois ans, en effet, nous étions atteint d'hydronéphrose intermittente par rein déplacé, hydronéphrose qui évolua pendant 17 mois, fut opérée et guérit. L'affection fut difficile à dépister à ses débuts, et nous avons passé par de pénibles phases d'incertitudes et de diagnostics douteux ; de plus, parmi les symptômes que l'on rencontre habituellement, les uns firent défaut, les autres revêtirent un aspect particulier et même nouveau ; aussi avons-nous pensé qu'il serait utile de reprendre la question, et de faire de l'hydronéphrose intermittente par rein déplacé, le sujet de notre thèse inaugurale.

Notre but a été surtout, en apportant une observation nouvelle, de considérer l'affection chez l'homme, et, partout où l'occasion s'est offerte, nous avons fait notre possible pour trouver ou expliquer les différences qui se présentent suivant le sexe. Nous avons cherché aussi, et tout particulièrement, à bien mettre en relief les troubles par nous éprouvés, à en donner la pathogénie, et à assigner à chacun une valeur symptomatique respective.

Avant de commencer cette étude, nous sommes heureux d'exprimer notre reconnaissance à tous nos maîtres qui, dans les hôpitaux, nous ont toujours prodigué avec la plus grande bienveillance et leurs leçons et leurs conseils.

Nous remercions M. le Docteur P. Raymond de la grande affabilité avec laquelle il nous accueillit dans son service de consultation à l'Hôtel-Dieu, et de l'intérêt qu'il nous a porté dans le cours de notre maladie.

Que surtout M. le Dr Demoulin veuille bien croire à l'inaltérable reconnaissance que nous lui gardons pour les

conseils et les soins empressés qu'il ne cessa de nous prodiguer. A lui nous devons la connaissance exacte du diagnostic de notre affection, et c'est sur ses instances que nous nous sommes décidés à une intervention opératoire précoce. Merci, et du fond du cœur.

Nous n'oublierons jamais que c'est à M. le Dr Ricard que nous sommes redevables de la guérison complète de nos accidents. Nous avons été touché de la grande affabilité qu'il montra toujours pour nous pendant notre séjour dans son service, et l'en remercions vivement.

Que mes bons amis les Dr Boirin, Armandin, Mortu-reux, Carillon, acceptent, ici encore, le gage de notre profonde amitié, pour les services dévoués qu'il nous ont rendus, pendant nos crises souvent si pénibles.

M. le professeur Tillaux a bien voulu accepter la présidence de cette thèse ; c'est pour nous un grand honneur, et nous le prions d'agréer le respectueux hommage de notre reconnaissance.

OBSERVATION (personnelle).

Hydronéphrose intermittente par déplacement du rein droit.
Néphropexie faite par M. le docteur Ricard. Deux récidives,
puis guérison s'étant maintenue depuis seize mois.

Nous n'avons pas d'antécédents pathologiques à signaler; en ce qui concerne plus spécialement l'appareil urinaire, rien non plus à noter. En vain avons-nous cherché dans notre passé, soit une chute, un saut, un effort brusque, accompagné ou suivi de près de quelque douleur du côté du rein; jamais notre attention n'a été attirée de ce côté.

Pour mettre mieux en relief la régularité de nos crises, symptôme bien typique dans notre cas, nous diviserons notre observation, jusqu'à la date de l'opération, en quatre phases, correspondant chacune à un intervalle de moins en moins grand entre les accès.

Première phase. — Du 20 janvier 1897 au 20 juin 1897.

Le 20 janvier 1897, sans que nul effort, chute, ou exercice violent, puisse l'expliquer, nous ressentons, en marchant, une douleur dans le côté droit; non pas une douleur brusque, vive, mais une gêne, une pesanteur, cependant assez nette pour qu'elle nous frappât, très passagère d'ailleurs, puisqu'après quelques minutes elle disparut.

Un mois plus tard apparition de la même gêne, mais qui prend alors un caractère douloureux plus précis et plus tenace; elle persiste pendant deux à trois heures,

durant lesquelles nous avons de la difficulté à marcher, et a une tendance manifeste à pencher le haut du corps en avant : ainsi nous éprouvons quelque soulagement, de même lorsque nous appuyons sur la région la plus douloureuse, localisée en un point que rencontreraient une ligne descendant du bord postérieur du creux axillaire, et une horizontale tracée sous la dernière côte.

En mars, mêmes symptômes. Notre esprit est cependant mis en éveil par le caractère même de la douleur : c'est un tiraillement bien manifeste, en arrière, au niveau de la dernière côte. L'idée d'un rein mobile nous vient à l'esprit ; le palper bi-manuel est pratiqué pendant la crise, et donne un résultat négatif ; nous nous arrêtons alors à l'hypothèse de coliques hépatiques légères, d'autant plus que nous avons éprouvé quelques nausées.

Avril et mai, crises présentant la même régularité dans l'époque d'apparition : au lieu de ne durer que quelques heures, celle d'avril dure cinq heures, celle de mai toute une demi-journée ; nettement nous remarquons l'intensité progressivement plus grande de la douleur, une période d'acmé, et une disparition lente, jusqu'au retour à la santé. Dès cette époque, nous analysons fréquemment nos urines au point de vue qualitatif, surtout au moment des crises : pas de sels biliaires ; songeant aussi à la possibilité de coliques néphrétiques, nous recherchons des traces de sable urinaire : aucun résultat.

Pas d'albumine.

Deuxième phase. — De fin juin 1897 à novembre 1897.

Les crises viennent toujours régulièrement, mais à des dates plus rapprochées ; ce n'est plus tous les mois, mais tous les quinze jours, acquérant à chaque crise nouvelle plus d'intensité et plus de durée, en moyenne 10 à 12 heures. Nous étions tellement habitués à cette régularité des crises, que longtemps à l'avance nous en

avons fixé l'époque d'apparition ; une course ou une promenade était-elle projetée, nous en reculions ou avançons la date, sachant que tel jour nous ne serions pas valide. Repos ou fatigue, rien n'y faisait. Amateur de chasses en montagne, de juillet en octobre nous avons fait les exercices les plus fatigants, sans que pour cela la crise avance ou retarde quelque peu. Nous avons voulu nous rendre compte de l'influence qu'aurait pendant la crise même, une marche forcée, et dès les premiers symptômes, nous partions. D'abord très vives, les douleurs devinrent au bout d'une heure plus tolérables, et s'atténuèrent peu à peu, si bien qu'il nous a été possible de faire une ascension de 18 heures de durée ; au retour, tout avait disparu ; ce fut comme une crise avortée.

A la fin d'octobre, en explorant la région douloureuse, nous sentons en avant une sorte de corde, se dirigeant un peu obliquement en bas et en arrière, glissant sous la pression du doigt, se déplaçant légèrement ; en pratiquant la palpation bi-manuelle, il nous semble que, sous les fausses-côtes, se trouve une tumeur, mais la sensation n'est pas nette. La percussion ne donne aucun renseignement, on trouve de la sonorité en avant, de la submatité en arrière. Deux symptômes fonctionnels s'accusent d'avantage : les nausées, l'inappétence, et les douleurs sur le trajet de l'uretère.

Troisième phase. — De novembre 1897 à janvier 1898.

En novembre, nous rentrons à Paris, et, durant la même semaine, avons deux crises. La dernière fut particulièrement violente ; les douleurs se précisent bien en arrière, sous les dernières côtes ; nous avons la sensation d'un véritable poids faisant effort en ce point par des tiraillements très pénibles ; les irradiations du côté de l'uretère sont plus accentuées.

A l'inspection, dans la station debout, une légère voussure se dessine sous les fausses côtes, convexe du côté

de l'ombilic. La percussion permet d'en déterminer les limites. En avant, matité complète se continuant en bas avec celle du foie, et la dépassant de trois centimètres, avançant vers l'ombilic jusqu'à la ligne mamelonnaire droite. En arrière, et latéralement, matité. La mensuration circulaire de la taille à ce niveau donne un accroissement de un centimètre.

Dans le décubitus dorsal, toute déformation de la région disparaît; plus de matité en avant. Pour la première fois la palpation bi-manuelle nous fit constater les faits suivants: la main postérieure renvoie la tumeur sous les fausses côtes, où la main antérieure la reçoit; si, l'immobilisant entre les deux mains on presse un peu, elle glisse et s'énuclée pour fuir dans la profondeur.

Nous pensions bien alors à un rein mobile, mais sachant la rareté de cette affection chez l'homme, de plus ne trouvant rien d'anormal dans l'intervalle des accès, n'éprouvant rien, il nous sembla que les phénomènes éprouvés étaient plus en rapport avec une lithiasse s'accompagnant d'obstruction temporaire de l'uretère.

Une accalmie de trois semaines suivit cette crise, puis tous les huit jours jusqu'en janvier, les mêmes symptômes se reproduisent, durant vingt-quatre heures.

Quatrième phase. — De janvier 1898, au 5 mai 1898, date de l'opération.

A partir de cette époque, les crises ne seront plus régulières; tantôt nous les subirons une fois, tantôt et plus souvent deux fois par semaine. Le 4 janvier, un autre symptôme apparaît: la présence de phosphates dans l'urine. Nous allons décrire brièvement cette crise, à l'intensité près, les autres ayant présenté le même mode de début lent, la même période d'acmé et de retour progressif à la santé.

4 janvier 1898. — Dans l'après-midi, nous remarquons que nos urines sont troubles; nous les analysons et trou-

vons des phosphates en quantité. A trois heures du soir, une gêne légère ressentie en arrière, entre la masse sacro-lombaire et la dernière côte, ne nous laisse aucun doute sur la venue prochaine d'un accès. Peu à peu la douleur s'accroît.

A 5 heures, la tumeur devient perceptible, ballottante.

7 heures : les douleurs rendent la marche très pénible, et bientôt impossible, si ce n'est fortement courbé en avant.

Miction d'une urine trouble.

9 heures : les symptômes sont à leur maximum d'intensité ; le décubitus dorsal est intolérable, et nous n'éprouvons quelque soulagement qu'assis, le corps courbé en avant ; pas de fièvre, pas de vomissements, mais de fréquentes nausées. Pendant la nuit, deux mictions d'urines blanches laiteuses.

5 janvier 1898. — Dans la matinée, les douleurs s'atténuent, sont moins bien localisées en arrière ; un palper fréquent nous fait assister à la diminution insensible de la tumeur ; le décubitus dorsal devient supportable, et nous prenons un peu de repos.

4 heures du soir : plus de tumeur, tout phénomène douloureux a disparu, et, complètement dispos, nous pouvons vaquer à nos occupations. Durant cette journée trois mictions d'urine trouble. Nuit suivante très bonne.

6 janvier 1898. — Les urines ne sont plus troubles à la miction, mais assez rapidement, laissent déposer des phosphates ; le soir elles sont normales. Leur quantité mesurée pendant les vingt-quatre heures de la crise a été de 1.300 grammes.

Depuis quelques mois, nous suivions à l'Hôtel-Dieu la consultation de médecine de Monsieur le docteur P. Raymond, et un matin de janvier 1898, au début d'un accès, nous nous faisons conduire dans cet hôpital. Notre maître voulut bien nous examiner, et M. le docteur

Demoulin, alors chargé de la consultation externe, s'empressa aussi près de nous. La tumeur était nette, mobile, mais petite, la crise ne faisant que commencer. Le diagnostic posé fut celui d'hydronéphrose intermittente, avec réserve sur la cause, M. Demoulin demandant à faire un examen dans l'intervalle d'une crise. Cet examen fait par lui quelques jours après donna un résultat négatif, le rein resta introuvable.

Le 18 février. — Avec une bienveillance dont nous lui garderons toujours la plus vive reconnaissance, M. Demoulin venait nous visiter, alors que la crise était à sa période d'acmé. Le bord convexe de la tumeur dépassait vers l'ombilic de un centimètre la ligne mamelonnaire, la matité descendait à cinq centimètres au-dessous des fausses-côtes, traversée obliquement par la bande dure du côlon. La mensuration de la taille donna un accroissement de deux centimètres. Devant la netteté du ballotement rénal, la marche de l'affection et malgré l'absence de troubles urinaires quantitatifs, le diagnostic d'hydronéphrose intermittente par rein déplacé fut définitivement posé. M. Demoulin nous conseilla d'abord le port d'une ceinture à pelote rénale, et si aucune amélioration ne survenait, la fixation du rein; pendant les crises, il nous engagea à continuer le régime que nous nous étions déjà imposé : lait, eau de Vittel ou d'Evian en quantité. Jusqu'en mai, nous portons la ceinture de M. Tuffier, sauf pendant les crises, où elle devient intolérable. Aucune amélioration ne survient, l'affection suit toujours sa marche progressive; les douleurs prennent à la fin une intensité inquiétante, avec irradiations dans tout l'abdomen, l'uretère, les testicules, la partie supérieure des cuisses; la face est pâle, le pouls petit; il y a une tendance manifeste aux syncopes et nous nous voyons forcé de recourir à la morphine, très modérément d'ailleurs, puisque nous ne l'avons employée que cinq fois; un

centigramme nous procurait en général un soulagement presque immédiat, et au réveil, la crise avait déjà beaucoup diminué d'intensité.

La néphropexie s'imposait. Désirant être opéré par M. le Dr Ricard, alors chirurgien à la maison Dubois, nous allons nous faire examiner par lui à deux reprises ; dans la période acritique, où le rein ne put être trouvé, et pendant une crise, où les symptômes précédemment décrits firent confirmer le diagnostic.

Cinquième Phase. — Opération, 5 mai 1898.

Néphropexie lombaire.

L'opération fut faite dans l'intervalle d'une crise.

A 4 travers de doigt des apophyses lombaires, incision un peu oblique en bas et en avant, de la onzième côte à un travers de doigt au-dessous de la crête iliaque. Les différents plans traversés, on arrive sur le rein. Celui-ci est absolument sain ; son déplacement n'est que très léger ; le pôle inférieur a basculé en dedans, le pôle supérieur en dehors, le bord externe tendant par conséquent à devenir horizontal. La glande remise en place, son parenchyme est traversé par trois fils ; mais au lieu de fixer un fil à la côte, étant donné le léger déplacement et la fermeté des plans musculo-aponévrotiques circonvoisins, on les fixa tous dans ces plans aponévrotiques. Suture de la peau avec crins de Florence et fils d'argent, pansement aseptique.

Le soir, nous ressentions quelques douleurs au niveau des surfaces cruentées, mais elles furent vite calmées par l'injection sous-cutanée d'un centigramme de morphine.

Le lendemain, plus aucune douleur.

La quantité d'urine rendue dans les jours qui suivirent l'opération, fut normale.

Les suites opératoires furent excellentes. Pas de fièvre. Au septième jour les fils sont enlevés ; la plaie était cicatrisée.

Pendant 18 jours, nous avons gardé l'immobilité la plus complète, étendu, la tête plus basse que le siège. Au 23^{me} jour nous nous levions et le 2 juin nous sortions de la Maison Dubois, complètement rétabli, pour aller prendre quelque repos en Bourgogne.

Sixième Phase. — De l'opération au 25 janvier 1899.

Nous quittons la Bourgogne pour les Pyrénées le 24 juin. Pendant le voyage, nous n'avons éprouvé aucune douleur pouvant faire soupçonner la rupture des adhérences du rein, aucun traumatisme effort ou chute.

Le 28 juin. — A midi, une gêne reparaît dans le côté, et le soir nous étions en pleine phase d'acmé d'un accès. Jamais la douleur n'avait été aussi vive ; Trois injections de morphine, chacune de un centigramme, n'arrivent pas à la calmer. M. le docteur Aris, de Pau, vint nous visiter, et nous donna ses soins éclairés. Malgré une hyperesthésie considérable de la paroi, très nettement il constate la tumeur et son ballonnement manifeste ; du reste, habitué depuis longtemps à analyser ce que nous éprouvions lors d'une crise, nous n'avions aucun doute sur la nature de celle-ci. Nous remarquons une diminution, pas très sensible il est vrai, de la fréquence et de la quantité des mictions. Ces symptômes douloureux persistèrent jusqu'au lendemain matin, et à 11 heures, nous avions pour la première fois durant tout le cours de notre affection, une véritable débâcle urinaire, avec 700 gr. d'urines claires, amenant avec elle un grand soulagement. La tumeur ne disparut toutefois pas complètement, et huit jours encore, il nous fut impossible de marcher, tant nous éprouvions de gêne dans l'hypocondre droit.

Complètement rétabli, nous repartons pour la montagne où pendant trois mois nous n'avons fait que chasses et ascensions, sans éprouver le moindre trouble.

Rentré à Paris en octobre, nous reprenons notre vie habituelle .

Le 23 janvier 1899, nous ressentons une douleur dans l'hypochondre droit, mais très légère ; les choses allèrent ainsi jusqu'au lendemain.

Le 24. — A 2 heures de l'après-midi, les souffrances s'accroissent et une crise se déclare. Pas de troubles urinaires, les urines sont normales. Nous souffrons beaucoup et il faut vingt-cinq milligrammes de morphine pour nous procurer le sommeil. Au réveil, les symptômes s'étaient atténués, et l'accès disparaissait dans la journée du 25, lentement sans débâcle.

Septième phase. — A dater du 25 janvier 99.

Guérison complète. Nous n'avons plus rien éprouvé qui puisse nous faire songer à notre ancienne affection.

DÉFINITION. ÉTIOLOGIE

Une des meilleures définitions qui ait été donnée de l'hydronéphrose semble-t-il est la suivante : « L'hydronéphrose est une collection liquide, résultat de la dilatation aseptique du bassinnet par de l'urine, à la descente de laquelle s'est opposé un obstacle mécanique quelconque ». Certes, comme le font remarquer Terrier et Beaudoin (1), ce type clinique existe, c'est même là le cas le plus classique ; mais un fait important a été oublié, on a eu trop de tendance à considérer cette poche hydronéphrotique comme une poche kystique ordinaire, à parois absolument closes ; on a oublié qu'à cette poche s'abouchait l'uretère, voie de sortie par où l'urine pourra s'écouler, et par où aussi malheureusement les germes infectieux pourront des voies urinaires inférieures gagner le bassinnet. Envisagée ainsi, cette définition s'applique à l'hydronéphrose fermée, fixe, continue. Mais un autre fait d'une importance capitale peut entrer en jeu ; l'urine accumulée dans le bassinnet, peut à un moment donné, et sous une influence quelconque, s'échapper ou d'un seul coup, ou goutte à goutte du bassinnet par l'uretère ; la tumeur peut s'évanouir, disparaître et reparaitre en un temps variable.

1. Terrier et Baudoin. *Revue de chirurgie*, 1891.

C'est ce phénomène surajouté qui vient donner à l'hydronéphrose intermittente son véritable caractère.

Mais l'hydronéphrose intermittente n'est qu'un symptôme; c'est la résultante mécanique de troubles existant dans le domaine du système urinaire; il est donc d'une importance capitale d'étudier les causes qui sont capables de la produire.

On a admis une hydronéphrose calculeuse. Cole, le premier, semble avoir adopté cette opinion. Depuis Landau, Morris, et surtout Lancereaux (1) et Legueu (2) ont admis comme possible, comme démontré même qu'un calcul du rein, du bassin et de l'uretère, pouvait oblitérer soit l'extrémité supérieure de l'uretère, soit une autre partie de son trajet et déterminer ainsi une dilatation aseptique intermittente des voies urinaires en arrière de l'obstacle. Terrier et Baudoin, bien que reconnaissant que cette cause est probable, admettent que ce sont là de véritables raretés cliniques. Arnould (3) dans sa thèse n'admet que deux cas d'hydronéphrose calculeuse, et ces conclusions sont acceptées par M. Tuffier (4).

On a parlé aussi d'une valvule siégeant à l'origine de l'uretère, mais cette valvule ne se forme qu'après la suture, qui elle, est la lésion primordiale et capitale; elle perd donc sa valeur étiologique.

Il faut admettre des hydronéphroses congénitales, et

1. Lancereaux. *Union médicale*, 1888.

2. Legueu. *Des calculs du rein et de l'uretère*. Th. de Paris 1891. p. 16. 42. 70.

3. Arnould. Th. Paris 1891.

4. Tuffier. *Tr. de chirurgie*.

par là, nous n'entendons pas parler de ces hydronéphroses par malformations qui surviennent peu après la naissance, telles les tumeurs hydronéphrotiques des nouveau-nés, mais des hydronéphroses de causes congénitales. Nous voulons insister un peu sur ce sujet, puisque c'est dans cette classe que nous avons rangé notre cas.

Dans le mémoire de Terrier et Baudoin, nous en trouvons deux observations : celle de Hillier (1) (Cas II) qui fut bien démonstrative, puisque les troubles furent observés dès la naissance, mais qui ne nous donne aucun renseignement anatomo-pathologique; celle de Lloyd (2) (Cas III) où les douleurs remontaient aussi à la naissance, et où on trouva une flexion de l'extrémité supérieure de l'uretère,

Était-ce cette flexion de l'uretère qui était congénitale; cela est peu probable, car elle aurait été fixe, permanente, et l'on aurait alors peine à comprendre les phénomènes d'intermittence observés; il faut admettre qu'elle n'était que consécutive à un déplacement du rein, à une mobilité rénale d'origine congénitale. Il en résulterait que les hydronéphroses congénitales formeraient une classe bien plus vaste que celle qu'on leur a assigné jusqu'ici. On donne comme principal facteur du rein mobile chez l'homme le traumatisme et les efforts; nous avons la conviction que ces causes ne suffisent pas pour l'expliquer dans la majorité des cas; en effet, nous rencontrerions l'ectopie rénale bien plus fréquemment, et surtout parmi

1. Hillier. *Tr. of Roy. M. et S. soc.* 1865.

2. Lloyd. *Birm. méd. Rev.*, 1886.

ceux faisant profession de métier rude et pénible ; il n'en est rien. Ne serait-il pas plus conforme à la vérité d'admettre que, congénitalement, tel rein, gauche ou droit, est déplacé ou moins bien soutenu dans sa loge graisseuse, et que l'effort ne serait que la cause adjuvante. Notre observation est bien instructive à cet égard. Jamais dans nos antécédents, nous n'avons subi de traumatismes, jamais d'efforts brusques suivis de douleur bien typique en arrière dans la région du rein ; pendant tout le temps où nous avons fait un exercice physique modéré, aucun trouble, aucune douleur n'est apparue ; il y a cinq ans, à chaque période de vacances nous faisons des marches pénibles en montagne, et deux ans après, les premiers troubles apparaissent.

Nous nous contenterons de citer comme autres causes de l'hydronéphrose intermittente, un caillot sanguin obli-térant l'uretère, un spasme de cet uretère, une tumeur de la vessie ; bien rarement, dans ces conditions, on observera le symptôme que nous étudions ; aussi allons-nous aborder de suite la cause de beaucoup la plus commune ; le rein mobile.

Nous croyons pouvoir diviser les reins mobiles en deux grandes variétés ; les reins flottants et les reins déplacés ou peu mobiles.

Les premiers seront l'apanage presque exclusif de la femme, chez laquelle les grossesses répétées, les maladies de l'utérus et des annexes sont une cause de première importance. L'homme aura droit plutôt à la seconde variété, l'entéroptose, le relâchement de tous les organes étant exceptionnel chez lui ; il se pourrait toutefois

que d'abondantes ascites fréquemment répétées, une obésité rapidement disparue, puissent avoir chez lui les mêmes conséquences que la grossesse chez la femme et produire les grands déplacements du rein ; mais c'est une hypothèse, nous n'en avons trouvé aucun exemple. Un traumatisme, un saut, une chute d'un lieu élevé, des efforts continus ou répétés, telles sont les causes qu'il faudra invoquer chez lui ; ajoutons à cela une mobilité ou une faiblesse congénitale de l'appareil de soutien du rein, cause qui nous paraît, sinon indispensable, du moins d'une fréquence extrême.

Lorsque nous traiterons de la pathogénie, nous essaierons de justifier cette division en deux catégories que nous avons faite des ectopies rénales ; nous montrerons aussi pourquoi, à notre avis, le rein flottant donne moins souvent l'hydronéphrose intermittente que le rein peu déplacé ; et que par conséquent l'homme est plus sujet à ce dernier symptôme.

Sur 60 cas d'hydronéphroses intermittentes recueillies par les auteurs, dans 28 cas on a noté la coexistence d'un rein mobile ; les 28 cas restés indéterminés se rapportent à des femmes, siégeaient du côté droit, c'est-à-dire ont été observés dans les conditions habituelles du rein mobile. Il faut donc admettre, avec Terrier et Baudoin, l'hypothèse suivante qui doit être considérée comme tout à fait démontrée : « Dans la très grande majorité des cas, l'hydronéphrose intermittente n'est qu'une complication des reins mobiles ».

Nous savons donc les rapports fréquents de cette variété d'hydronéphrose avec les reins mobiles ; il y a un intérêt

particulier à rechercher les données que fournit la statistique au point de vue de l'influence du sexe et du côté occupé de préférence par la lésion.

Nous emprunterons ces statistiques au mémoire de MM, Terrier et Baudoin (1).

Sur 56 cas, nous trouvons 12 hommes et 44 femmes, soit une proportion de 1 sur 4.

Ces auteurs font remarquer que ce n'est pas tout à fait la même proportion que pour le rein mobile. Le rapport pour le rein mobile en ce qui concerne le sexe est de 1 à 6. Ils ajoutent : « Entre les chiffres 1 sur 4, et 1 sur 6, il n'y a qu'une nuance qu'on peut d'ailleurs tenter d'expliquer ; mais nous n'en donnons cette interprétation que pour ce qu'elle vaut. On peut en effet supposer que l'hydronéphrose intermittente se greffe sur le rein mobile avec une prédilection plus marquée chez l'homme que chez la femme ; ce qui tiendrait peut-être à ce qu'un plus grand nombre de femmes que d'hommes sont dotées de rein mobile sans s'en porter plus mal, soit par suite de disposition anatomique spéciale au sexe féminin au niveau de l'extrémité supérieure de l'uretère, soit plutôt à cause de la vie plus sédentaire qu'elles mènent ».

Ces raisons ne nous paraissent pas suffisantes.

Faut-il admettre une disposition anatomique spéciale au sexe féminin à la partie supérieure de l'uretère, c'est possible, mais nous n'en avons pas trouvé la démonstration nette. La vie sédentaire que mène la femme semble au premier abord l'argument le plus plausible. A ce sujet nous avons fait quelques recherches, et avons eu la bonne

1. *Loc. cit.*

fortune d'observer 10 cas de reins flottants, n'occasionnant aucun accident d'hydronéphrose, et cela chez des campagnards se livrant toute l'année aux travaux des champs les plus pénibles. Du reste, la marche de notre affection nous a prouvé que repos ou fatigue avaient une influence complètement nulle sur la fréquence, l'intensité, ou la durée des crises ; il faut donc trouver une autre raison, et nous croyons que c'est dans le mode de déplacement du rein qu'il faut la chercher, un rein peu déplacé, celui qui doit être le plus fréquent chez l'homme, faisant plus souvent de la rétention intermittente que le rein flottant, accompagné d'entéroptose ; plus loin, nous en donnerons les raisons pathogéniques.

Voyons maintenant quel est le côté le plus fréquemment atteint.

« Sur 49 cas, 30 fois l'hydronéphrose siégeait à droite, et 19 fois à gauche ; autrement dit, il y a une différence d'un tiers environ en faveur du côté droit. On le voit, l'hydronéphrose intermittente semble plus fréquente du côté gauche que le rein mobile lui-même ».

Faudrait-il voir là aussi le fait d'un déplacement plus souvent moins accentué à gauche qu'à droite, nous n'oserions l'affirmer.

« Sur les 15 hommes dont l'observation a été publiée, 8 fois la lésion se trouvait du côté gauche, tandis qu'elle n'a été notée que 4 fois à droite. Ainsi donc, dans le sexe masculin : l'hydronéphrose intermittente paraissant en rapport avec le rein mobile semble, point à retenir, une fois plus fréquente à gauche qu'à droite. Chez la femme, par contre, sur 37 cas, dans 26 la lésion siégeait à droite,

pour 11 fois à gauche ; c'est-à-dire que chez la femme l'hydronéphrose est plus d'une fois plus commune à droite qu'à gauche ». Il est regrettable, ajoutent Terrier et Baudoin, que pour le rein mobile on n'ait point fait de recherches analogues, et il serait intéressant de savoir si les choses se passent de la sorte.

Il nous a été très difficile de faire cette recherche, et dans les thèses parues sur la question depuis le mémoire de Terrier et Baudoin, nous n'avons trouvé, en y comprenant notre observation, que 7 cas de rein mobile chez l'homme, accompagné deux fois d'hydronéphrose intermittente. Toujours la lésion siégeait à droite.

Duchesne (1) obs. IV.

Faraggi (1) obs. III. Pyonéphrose intermittente.

Walch (3) obs. I, obs. IV, obs. XVI.

Obs. personnelle.

Ce n'est certes pas sur si peu de données qu'il est permis de conclure d'une façon catégorique ; on aurait cependant, croyons-nous, le droit de considérer le rein mobile chez l'homme comme plus fréquent à droite qu'à gauche, puisqu'en définitive nous avons 19 cas, dans lesquelles la lésion se trouve 11 fois à droite. Pour l'hydronéphrose, si nous prenons le cas de Faraggi et le nôtre, nous aurons 14 cas ; 6 fois la lésion siège à droite, 8 fois à gauche, donc plus souvent que chez la femme, l'hydronéphrose se greffe chez l'homme sur un rein mobile à gauche : mais comme nous le disions plus haut, réellement

1. Duchesne. Th. Paris, 1891.

2. Farragi. Th. Paris, 1892.

3. Walch. Th. Paris, 1896.

cette statistique n'est pas assez imposante, et il faut attendre d'autres faits avant de rechercher s'il y aurait une cause de cette fréquence plus grande de l'affection pour l'un ou l'autre côté, suivant le sexe.

Nous ne voudrions pas terminer cette étude étiologique sans insister à nouveau sur ce qui nous paraît être la cause la plus fréquente, peut être la seule, du moins lorsqu'il s'agit du sexe masculin, de l'ectopie rénale : la congénitalité. Ou le rein sera déplacé dès la naissance, et alors les accidents apparaîtront de bonne heure ; ou bien, suspendu par son pédicule, il ne sera retenu dans cette position que par des adhérences très faibles qui cèderont par le fait d'un effort ou d'une fatigue trop grande. Il nous semble que sans cette donnée, il est impossible de comprendre pourquoi un rein se déplacerait chez tel individu, plutôt que chez tel autre. Si les efforts, les chutes, la fatigue étaient les seuls agents à incriminer, combien fréquente serait l'affection, et nous ne serions pas longtemps avant de dépister des reins mobiles chez les équilibristes et les gymnasiarques, dont les exercices répétés sollicitent au plus haut point le rein à quitter sa place habituelle.

Connaissant les causes qui produisent l'hydronéphrose intermittente, voyons comment elles agissent, et suivant quel mécanisme la tumeur se forme et disparaît.

PATHOGÉNIE

Il est facile de comprendre la pathogénie de l'hydronéphrose calculeuse, traumatique ou par tumeur du voisinage, mais plus difficile est d'expliquer dans ce cas l'intermittence des symptômes. Un calcul, un caillot sanguin s'engagent-ils dans l'uretère, oblitérant la lumière de ce canal, l'urine, ne pouvant plus trouver d'issue, s'accumulera dans le bassinet et le distendra, jusqu'au moment où, l'obstacle étant levé, elle s'écoulera librement ; il pourrait se faire qu'une certaine quantité de calculs ou de caillots amassés dans le bassinet, s'engagent un à un dans l'uretère, à des intervalles plus ou moins éloignés, laissant entre chaque crise néphrétique une période silencieuse ; c'est du moins la seule façon, bien problématique il est vrai, de se rendre compte de l'intermittence.

Nous n'avons pas à discuter d'une façon spéciale, la pathogénie des hydronéphroses intermittentes par valvule ou coudure congénitale ; elle se confondra avec celle du rein mobile, puisque nous avons fait de ces affections une conséquence de ce dernier, et que nous leur avons refusé toute valeur étiologique ; étudions donc longuement la pathogénie de l'hydronéphrose dans le rein mobile.

Dès 1881, Landau pensait que le rein mobile déterminait une coudure de l'uretère qui faisait obstacle au cours

de l'urine ; les expériences et les observations de M. Tuffier ont pleinement justifié cette opinion adoptée à l'heure actuelle par la majorité des auteurs. Mais pour que cette coudure anguleuse se produise, il faut, dit Landau, que la partie supérieure de l'uretère soit fixe, qu'elle ne puisse suivre le rein. Si le tissu cellulaire péri-urétéral est lâche, l'uretère se déplace avec le rein et la coudure ne se forme pas. Ainsi donc l'hydronéphrose par rein mobile est due à ce que l'uretère se coude par déplacement du rein.

Mais ce n'est pas le seul mécanisme à invoquer ; en effet, le rein peut tourner autour de son pédicule ; l'extrémité supérieure s'abaisse par son propre poids et se porte en dehors, le bord externe devenant inférieur ; l'extrémité inférieure se porte en dedans et vient comprimer l'uretère. Se fondant sur cette constatation que sur le cadavre, si l'on abaisse le rein, l'uretère descend aussi, non retenu par des adhérences, Navarro (1) rejette complètement l'hypothèse d'une coudure, disant que rein et uretère étant mobiles, celle-ci n'est pas possible ; aussi, conclut-il en ces termes : « Le rein mobile ne s'accompagne de rétention d'urine que lorsqu'il est horizontal ; c'est qu'alors son pôle inférieur a soulevé l'uretère, l'a coudé, l'a comprimé ». Cette opinion est bien trop exclusive. Navarro a voulu donner une pathogénie qui s'accommodât toujours avec un uretère mobile ; mais comment explique-t-il qu'un rein appuyant sur un tel uretère, qui mobile, fuit par conséquent sous la pression, puisse le couder,

1. Navarro. Th. Paris, 1894.

le comprimer ; il nous semble que, même dans ce cas, la flexion par descente du rein serait plus compréhensible. Et d'ailleurs, cette constatation faite sur le cadavre du défaut de fixité de l'uretère, ne permet pas de conclure que pareil fait se passe dans l'organisme vivant ; en outre, dans cette descente du rein, rien n'empêche d'admettre qu'un obstacle quelconque fixe l'uretère en un point.

Mais ici, une question très intéressante se pose : il s'agit de savoir pourquoi cette coudure n'existe pas dans tous les cas de rein mobile, pourquoi certains reins s'accompagnent d'hydronéphrose, tandis que dans le plus grand nombre de cas, cette complication manque. Et d'abord, y a-t-il un rapport entre le degré de la mobilité rénale et l'hydronéphrose. Voici, à ce sujet, l'opinion de M. Tuffier (1) : « Dans tous les faits de mobilité du rein, celle-ci variait beaucoup ; les uns n'étaient perceptibles que dans leur $\frac{1}{3}$ inférieur, les autres flottaient au contraire entre les fausses côtes et le milieu de la fosse iliaque... L'étendue du déplacement ne paraît donc pas en rapport avec le développement de la rétention de l'urine dans le rein. L'ensemble de mes néphropexies portant sur 45 cas le prouve, puisque j'ai vu des reins complètement flottants et sans aucun des signes de l'hydronéphrose, alors que de légers déplacements s'accompagnaient de rétention pyélorénale ».

Il aurait été du plus haut intérêt de relater dans quelles proportions on avait trouvé l'hydronéphrose en rapport soit avec le rein flottant, soit avec le rein peu déplacé. A défaut de ces données anatomo-pathologiques, nous pen-

1. Tuffier. *Bull. et Mém. de la Soc. de Ch.*, 1893.

sons que l'étude étiologique et pathogénique de l'affection, nous donnera à ce sujet quelques considérations à retenir.

La statistique de MM. Terrier et Baudoin nous apprend que l'hydronéphrose se greffe sur le rein mobile plus souvent chez l'homme que chez la femme. Nous sommes persuadés que si on ajoutait d'autres observations à cette statistique, on trouverait qu'en définitive beaucoup de reins mobiles chez la femme restent silencieux. Suivant quelques auteurs, les 9/10 des femmes ayant eu plusieurs grossesses ont de l'ectopie rénale ; combien peu en revanche ont des accidents urinaires. Pourquoi le rein ne fait-il pas plus souvent de la rétention ? A notre avis, il faut voir là le fait d'une mobilité rénale accentuée d'un rein flottant ; sous l'influence de grossesses répétées, tous les organes abdominaux ont subi une sorte de relâchement, si bien que le rein descend avec son uretère, se déplace en bloc avec lui, et alors on a les conditions les moins favorables pour la production d'une coudure.

Landau ne nous dit-il pas en effet que si le tissu cellulaire peri-uretéral est lâche, l'uretère se déplace avec le rein, et la coudure ne se forme pas. Voyons ce qui se passe chez l'homme. Lui n'a pas droit comme la femme aux grands déplacements avec entéroptose des organes ; plus souvent le rein sera modérément mobile, déplacé seulement ; le tissu cellulaire péri-uretéral n'ayant pas subi de relâchement appréciable, l'uretère restera fixe, ne descendra pas avec le rein et une coudure se formera au point de jonction mobile et non mobile. Voilà ce qui justifie la division que nous avons faite des ectopies réna-

les, en reins flottants, et en reins déplacés; les premiers, incomparablement plus fréquents chez la femme, donneront lieu plus rarement à l'hydronéphrose, les seconds, plus fréquents chez l'homme se compliqueront volontiers de ce symptôme.

La tumeur est formée, expliquons son intermittence. Le bassinnet est distendu au maximum, et cette distension a pour effet de redresser la coudure en repoussant le rein, ou de dilater l'uretère au point rétréci; peut-être la poche réagit-elle aussi, en tout cas, que ce soit par regorgement ou par retour du rein à sa place primitive, la voie qui se trouvait obstruée deviendra libre, et les quelques centaines de grammes d'urine qui auront franchi l'obstacle, suffiront pour, à la façon d'un siphon, vider toute la poche. La crise sera passée, et tout rentrera dans l'ordre, jusqu'à ce que les mêmes conditions se reproduisant, après un laps de temps variable, une autre crise apparaisse. On conçoit sans peine que durant l'accès, il y aura diminution dans la quantité des urines émises, puisqu'une partie sera retenue dans le bassinnet; à la fin, lorsque la poche videra son contenu, on observera de la polyurie ou une débâcle. Mais ces symptômes urinaires peuvent faire défaut, nous en donnerons plus loin la raison.

Examinant maintenant notre observation propre, nous allons faire en sorte d'expliquer les quelques particularités que nous y rencontrons.

Sauf pendant la première récurrence ayant suivi l'opération, jamais nous n'avons remarqué, pendant les crises, de variations dans la quantité d'urine des 24 heures,

jamais non plus de débâcle, bien que notre esprit fut continuellement en éveil sur ce point. Voici pensons-nous, les raisons de cette absence de troubles urinaires. Chez nous, l'obstacle au cours de l'urine n'a jamais été complet, et nous pouvons affirmer que, même au moment où la tumeur atteignait son plus grand volume, une partie de son contenu se vidait dans l'uretère. Nous sommes arrivés à cette conviction, par la constatation suivante, faite à plusieurs reprises : nos urines, examinées dans l'intervalle des crises, n'étaient jamais chargées de phosphates ; arrivait une crise, ils apparaissaient, abondants ; celle-ci passée, nous n'en trouvions plus trace. Cette pseudo-phosphaturie intermittente (pseudo-phosphaturie, par opposition avec la phosphaturie vraie, où le taux des phosphates est augmenté) bien étudiée par Frachengues (1), s'explique ainsi : L'urine, stagnante dans le bassin et devenait alcaline, et comme la condition indispensable de la dissolution des phosphates dans l'urine est son acidité, ceux-ci se précipitaient. Puisque, tant que durait notre crise, les urines étaient phosphatiques, d'un blanc laiteux, c'est que la tumeur vidait constamment une partie de son contenu rendu alcalin, l'autre rein n'ayant aucune raison pour ne pas donner une urine normale.

Notre hydronéphrose intermittente était donc une hydronéphrose constamment ouverte ; il faut nous expliquer et pour cela nous allons tracer la pathogénie d'une de nos crises, telle que nous la comprenons.

A l'opération, on trouva un rein à peine déplacé ; son pôle supérieur s'était porté en dehors, tandis que le pôle

1. Frachengues. Th. Toulouse, 94-95.

inférieur était reporté en dedans ; en d'autres termes, le rein avait basculé en dehors, autour d'un axe passant par le hile, comprimant l'uretère par son extrémité inférieure. Il en résultait une diminution de calibre dans la lumière de cet uretère, non suffisante pour barrer complètement la voie à l'urine, mais assez accentuée pour que toute l'urine, se présentant à cette porte de sortie, ne puisse s'écouler assez vite et s'accumule en amont. Le bassinnet, augmentant de volume, repoussait primitivement la partie supérieure du rein en accentuant encore ainsi son déplacement ; d'où période de formation de la tumeur ; puis, lorsque ce pôle supérieur, non encore libéré de toute adhérence circonvoisine ne pouvait plus être reporté en dehors, le bassinnet n'agissait plus qu'en refoulant lentement le pôle inférieur, faisant en quelque sorte basculer le rein en sens inverse, en le ramenant à sa place normale. Pendant tout ce temps, goutte à goutte, l'urine s'écoulait, et quoi d'étonnant alors que les premières douleurs se fassent sentir bien avant que la tumeur n'apparût, et que celle-ci apparue, ce soit très lentement, d'une façon toujours progressive et régulière qu'elle augmente et disparaisse. A chaque crise nouvelle, le rein, refoulé, se déplaçait de plus en plus, d'où intensité plus grande des symptômes, crises plus fréquentes, tumeur plus volumineuse.

Il serait aussi permis de supposer que si nous n'avons pas eu de troubles urinaires quantitatifs c'est que notre hydronéphrose était de petit volume, la quantité d'urine retenue dans le bassinnet étant si minime, que la débâcle était difficile à constater ; nous admettons bien que cette débâcle ne pouvait apporter de modification appécia-

ble du côté des urines ; mais du moins, il semble que nous aurions dû éprouver au moment précis où elle se produisait la sensation d'un soulagement subit et complet, ou du moins une amélioration très appréciable.

Un autre fait, constant aussi durant tout le cours de notre affection, fut l'impossibilité toujours absolue de sentir le rein par le palper bi-manuel dans l'intervalle des crises. C'est que notre rein n'était que peu déplacé, et que son déplacement n'existait pas ainsi dire plus alors que le bassinnet, gonflé d'urine, l'avait remis à sa place.

Un point qui nous paraît d'une interprétation bien difficile, c'est la régularité extrême de nos crises, apparaissant à jours fixes. Nous trouvons dans la thèse de Faurichon, une explication de cette régularité et périodicité due à M. Gérard Marchand: « L'urine se trouvant en quantité exagérée dans la poche, celle-ci ne pouvant plus se distendre, elle réagit et chasse son contenu.

Supposons que l'urine soit secrétée régulièrement et en quantité à peu près égale, ce phénomène de surdistension se produira toujours au bout du même temps, de même l'évacuation ». Cette explication nous paraît excellente dans le cas où l'obstacle au cours de l'urine reparaît, sitôt la crise passée ; celles-ci seront donc périodiquement très répétées, aussi, à l'appui de cette thèse, Faurichon donne une observation (obs. VI) dans laquelle c'était tous les trois jours que la tumeur apparaissait ; à peine vidé, l'obstacle étant maintenu, le bassinnet se remplissait de nouveau dans un temps égal. Mais dans notre cas, une périodicité d'un mois au début, puis de 15 jours, puis de 8 jours, prouve bien que, la

crise passée, tout rentrait dans l'ordre, le rein reprenant sa place primitive. Comment expliquer alors qu'il mette toujours soit un mois, soit 15 jours, soit 8 pour basculer et comprimer l'uretère.

Cette périodicité reste donc un des points les plus obscurs de la pathogénie de l'hydronéphrose intermittente par rein déplacé ; et cependant, ce symptôme, plusieurs fois relaté déjà depuis la curieuse observation de Tulpius, apparaît comme bien propre à l'affection qui nous occupe.

Pour être complet dans l'analyse pathogénique de notre cas particulier, il faudrait nous demander à quoi peuvent tenir les récurrences qui ont suivi l'opération, l'une un mois et demi, l'autre 9 mois après ; pourquoi deux accès survenus absolument sans cause, sans que la plus légère douleur nous fasse pressentir un déplacement nouveau de la glande ? Il est un fait certain, c'est que, la névropexie faite, le rein était en bonne place ; en effet, les troubles cessèrent complètement.

Admettons que ce rein se soit déplacé à nouveau par deux fois sous une influence inconnue, pour donner lieu aux symptômes de rétention pyélorénale. Mais comment, dans la suite, serait-il, et de lui-même, revenu définitivement à sa situation primitive, puisque depuis 16 mois nous n'avons rien senti, et qu'un si long silence ne nous laisse plus douter de la guérison définitive. Aussi sommes-nous persuadés que notre rein fut bien et solidement fixé ; quant à expliquer ces deux récurrences, nous ne saurions le faire, elles échappent complètement à toute interprétation.

SYMPTOMES

Dans quelques cas l'hydronéphrose est annoncée par une période prodromique, mais qui n'éveille pas outre mesure l'attention des malades ; ils ressentent bien par instant une certaine gêne dans le côté, gêne qui s'accroît par la fatigue ; mais c'est tout, et comme très passagers sont ces phénomènes, sitôt passés, ils sont oubliés. La région où ultérieurement la lésion se déclarera, peut aussi, avant l'apparition de la tumeur être d'une sensibilité exagérée ; on peut éveiller une douleur en exerçant une pression à cet endroit. Ces prodromes constituent en somme, les premières manifestations de l'affection au début ; ce sont des crises très légères, qui n'en revêtent pas moins, dès ce moment, quelques-unes des allures que prendra plus tard l'affection pleinement confirmée, aussi une observation attentive pourra-t-elle faire soupçonner la nature des troubles éprouvés.

La douleur est le symptôme le plus précoce, sorte de gêne mal définissable, de pesanteur dans l'hypochondre sans qu'il soit possible de rien localiser ; puis tout disparaît ; une, deux, ou trois crises se passent ainsi ; elle devient plus vive, plus précise ; au début de la crise surtout, on éprouve une sorte de tiraillement en arrière, au niveau

des fausses côtes, si caractéristique, que dès le troisième de nos accès, il nous sembla que le rein tirait sur ses attaches, et tendait à descendre. Quelques irradiations à noter du côté de l'uretère, mais très légères encore. Bien qu'il ne permette de trouver aucune tumeur, le palper de la région est douloureux, il y a comme une défense de la paroi abdominale qui se contracte. Le phénomène le plus remarquable, c'est que, à l'intensité près, tous ces accès se ressemblent, ont la même évolution, la même douleur à caractères si spéciaux. La crise passée, la santé est recouvrée, et plus rien n'attire l'attention sur la région primitivement malade.

Peu à peu, l'affection va en augmentant, et la maladie bien établie se révèle par quatre symptômes cardinaux : la douleur, la présence d'une tumeur, des phénomènes particuliers du côté de la miction, et, dominant le tout, l'intermittence. Mais le malade peut se présenter à nous à deux époques bien différentes : soit pendant une crise, soit dans l'intervalle d'un accès, aussi allons-nous l'étudier successivement dans ces deux circonstances.

Accès. — Rien ne peut faire prévoir l'intensité de la crise prochaine ; les jours qui immédiatement la précèdent n'ont donné lieu à aucun phénomène particulier, et, comme à l'habitude, il a été possible de se livrer aux travaux accoutumés ; c'est donc souvent au début de la santé la plus parfaite que débudent les phénomènes. Si nous recherchons la cause de l'accès, nous trouvons que c'est parfois à la suite d'un repas trop copieux (Cole) de l'usage de certains mets (Guyon) d'un abus de vin mousseux (Lancereaux), d'un refroidissement (Terrier) qu'ap-

paraît le malaise caractéristique ; mais parfois aussi sans la moindre cause, ainsi que nous l'avons noté pour nous. Peut-être pourrions-nous admettre que le voyage en chemin de fer effectué quelques jours avant notre crise récidive de juin, eût sur elle une action déterminante ; nous voyons là cependant une simple coïncidence, car les mêmes voyages, et d'une aussi longue étape, des exercices autrement pénibles n'avaient jamais chez nous réveillé une crise ; il semble qu'on doive être très circonspect lorsqu'il s'agit de rapporter à telle cause ou à telle autre l'apparition d'un accès, dans une maladie qui revêt parfois une périodicité si caractéristique dans ses symptômes, périodicité nullement influencée par quoique ce soit, ainsi que nous avons tenu à en faire l'expérience.

Quoiqu'il en soit, ce malaise du début, cette gêne, cette douleur dans l'hypocondre, tout cela ne laisse aucune doute sur la venue prochaine de la crise ; on ne s'y trompe pas, celle-ci va se constituer et toujours semblablement présenter une période de début accensionnelle, une phase d'acmé, et une phase terminale, soit brusque s'il y débâcle, soit lente si celle-ci fait défaut. Chez nous, ces trois phases ont toujours présenté entre elles à peu de chose près la même durée, et si nous tracions le graphique d'une de nos crises, nous pourrions, reprenant la comparaison faite par M. Jaccoud, au sujet de l'évolution de la fièvre typhoïde, le comparer aux trois côtés d'un trapèze.

Chez certains malades, la phase du début a une durée fort courte ; après quelques heures au maximum, la crise arrive à sa période d'acmé. Dans notre cas, elle fut d'une

durée sensiblement égale à la phase d'acmé et terminale. Progressivement, douleurs et tumeur s'accroissaient et nous arrivions ainsi dans le plein de notre crise. Nous ne saurions mieux faire que de décrire ce que nous éprouvions à ce moment, et quels étaient les signes physiques observés.

La douleur de la région rénale était arrivée à son summum d'intensité ; de sourde, elle était devenue très aiguë, comme lancinante, parfois absolument intolérable, consistant en sensations de tiraillements très intenses ; elle s'irradiait dans tout l'abdomen, sur le trajet de l'uretère, du cordon, à la partie supérieure des cuisses. Aucune des nombreuses attitudes que nous prenions, dans l'espoir d'obtenir quelque soulagement, n'était supportable, aussi l'agitation était-elle extrême. Pas de vomissements, mais de fréquentes nausées, des lipothymies ; la fréquence du pouls était remarquable ; jamais de fièvre. Le facies était altéré, non comparable toutefois à celui de la péritonite, ou des états décrits sous le nom de péritonisme. La douleur était aussi bien superficielle que profonde ; il y avait dans la région une véritable hyperesthésie cutanée, et la paroi, tendue, se défendait sous les mains cherchant à explorer ce qui rendait à ce moment l'examen difficile.

Mais en procédant avec douceur, on arrivait sur une tumeur arrondie, convexe du côté de l'ombilic, très sensible, mobile ; une pression exercée sur elle ne déterminait pas ce besoin impérieux d'uriner, impossible à satisfaire, que l'on trouve relaté dans quelques observations ; en avant, la bande fibreuse du côlon était nettement per-

ceptible. Nous ne remarquons pas de diminution sensible dans la quantité des urines, contrairement à ce qui habituellement s'observe, et cela bien que la tuméfaction fût d'un certain volume.

Cette période d'acmé a rarement duré plus de 6 à 7 heures et insensiblement alors, sans cause appréciable, sans qu'à aucun moment nous ne ressentions un bien-être, un soulagement subit, indice d'une évacuation brusque de la poche, sans polyurie, les accidents s'atténuaient. Les douleurs diminuaient peu à peu, très lentement, pour faire place à un bien-être indicible, contrastant au plus haut point avec l'acmé de la crise. En même temps la tumeur s'effaçait, non pas brusquement ou d'un seul coup, mais d'une façon progressive et lente, ce dont nous nous rendions facilement compte en palpant la région à intervalles rapprochés. Cette fin de crise n'était donc pas chez nous, le mode de terminaison habituel à l'affection ; la disparition de la tumeur, en effet, est presque constamment précédée de l'évacuation rapide d'une notable quantité d'urine. « Cette évacuation, on le conçoit, est en rapport avec le volume qui présente la tumeur, pourtant elle peut échapper au patient et à son entourage, surtout si l'hydronéphrose est légère, si l'attention n'est pas éveillée vers cette affection » (Terrier et Baudoin). Cependant il est impossible, croyons-nous, qu'une crise urinaire se soit faite à notre insu ; nous étions prévenu et bien des fois avons mesuré la quantité d'urine émise, sans la trouver supérieure à tel moment ou à tel autre.

Une fois cependant, nous avons observé ces phénomènes urinaires. Ce fut pendant notre première récurrence. La

tumeur ne nous parût pas plus volumineuse que lors des crises passées, mais plus vives furent les douleurs; les urines émises furent aussi moins abondantes; toutefois, ce fait n'était pas absolument frappant, et nous ne l'aurions peut-être pas retenu, si des symptômes nouveaux n'étaient survenus. Au second jour de notre accès, alors que les souffrances ne nous laissaient aucun repos, nous éprouvons la sensation de brusque déplétion de notre tumeur, comme si, d'un seul coup, celle-ci s'était vidée dans l'uretère, puis un soulagement considérable suivi de l'émission de 700 grammes d'urine. On le voit, ces symptômes sont assez nets, surtout les subjectifs, pour faire que l'on ne puisse méconnaître la terminaison d'un accès par débâcle.

Les urines rendues dans ces circonstances, sont claires, absolument limpides; on a alors affaire à une hydro-néphrose type, pure, restée aseptique; le bassinnet vient-il à s'infecter, elles deviennent troubles, aussi, partant de cette dernière donnée, notre anxiété fut vive lorsqu'un jour nous remarquions leur blancheur, leur teinte boueuse; mais nous fûmes vite rassurés par une analyse qui décela des phosphates en quantité, et rien que des phosphates. Nous avons trouvé dans l'excellente thèse de Frachengues (1) sur la phosphaturie, des données intéressantes à ce sujet. « C'est, dit-il, de la pseudo-phosphaturie génitale par stase, groupe dans lequel on peut ranger encore les malades cités par Peger, et qui voyaient la pseudo-phosphaturie se produire quand ils retenaient longtemps

1. Frachengues. Th. Toulouse, 94. 95, p. 53.

l'urine. A cette catégorie, en un mot, il faut ranger toutes les pseudo-phosphaturies qui proviennent d'un obstacle quelconque apporté au libre écoulement de l'urine. » Ce symptôme arrivait avec la crise, disparaissait avec elle, et, nous voyons dans cette pseudo-phosphaturie intermittente, une complication très bénigne d'ailleurs en relation directe avec notre affection. Elle n'apparût que lorsque la tumeur avait un certain volume, cessait complètement dans l'intervalle des accès, et depuis notre dernière crise, depuis 16 mois, nous ne l'avons plus constatée.

Deux signes physiques se sont présentés chez nous sous une allure un peu particulière. Avant l'apparition bien nette de la tumeur, ce qui tout d'abord attira notre attention, ce fut la présence dans le flanc d'une bande dure, faisant saillie, déprimable et roulant sous le doigt, présentant la forme et la direction du côlon; tout le flanc était sonore, et nous nous expliquons difficilement comment le bassin distendu, cause du déplacement, n'était pas plus perceptible et ne donnait pas de zone de matité en arrière du côlon ainsi repoussé en avant. Nous avons, en outre, remarqué le fait suivant : Quand la tumeur fut devenue un peu plus volumineuse, dans la station debout, à l'inspection de la région sous-costale antérieure, on voyait une voussure; dans le décubitus dorsal tout gonflement disparaissait. Le palper et la percussion pratiqués dans ces deux attitudes, donnaient lieu aux mêmes constatations. Sans le palper bi-manuel, on pouvait donc en quelque sorte se rendre compte de la mobilité de la tumeur.

Tels sont les signes physiques et fonctionnels d'une pé-

riode critique. Mais ce qui domine réellement toute l'évolution clinique de l'affection, ce qui lui imprime un cachet bien particulier c'est l'intermittence, présentant parfois une allure typique. Les crises en effet, surviennent à date fixe, invariable. Il nous a paru intéressant de réunir ici les observations dans lesquelles cette périodicité avait été remarquée. Nous les trouvons dans la thèse d'Arnould (1)

1^o Tulpus, 1672, raconte qu'une femme était atteinte d'ischurie (c. a. d. d'hydronéphrose) à chaque époque de pleine lune ; l'ischémie dût durer 5 jours, et cédait dès qu'on pratiquait une saignée.

Sauvage, cent ans plus tard, désignait cette sorte] de suspension du cours de l'urine sous le nom de « ischuria-lunatica Tulpii ».

2^o La malade d'Eger (*Berl. Klin. Woch*, 76) voit survenir régulièrement tous les 14 ou 20 jours, de violents accès de douleurs avec apparition de tumeur.

Une grossesse change la périodicité des crises qui surviennent tous les huit jours avec beaucoup plus de violence.

3^o La malade de Socin, a depuis l'âge de 17 ans, jusqu'à la ménopause, une crise (colique et tumeur) régulièrement tous les mois, sans relation toutefois avec une époque menstruelle ; durant chaque fois quelques heures, et ne se calmant que par le repos au lit. Après la ménopause, les crises sont plus fréquentes, plus violentes, un peu moins régulières dans leur marche et leur durée.

4^o Une malade de M. Segond, pendant six mois, tous

1. Arnould. Th. Paris, 90-91.

les trois jours, est atteinte invariablement d'une crise qui dure 5 à 6 heures. Puis, pendant 13 mois, la crise survient fatalement tous les huit jours.

5° Il en était de même de la malade de Braun, qui tous les 5 ou 7 jours, présente une tumeur douloureuse, et est soulagée par une miction abondante.

6° Chez la malade d'Arnould, la crise douloureuse revenait à peu près régulièrement tous les deux mois, et durait chaque fois 24 heures.

Si nous examinons notre propre observation nous y trouverons cette périodicité avec ceci de frappant : c'est que, plus les crises devenaient intenses, plus leur époque d'apparition était rapprochée :

1^{re} phase. — Du 20 janvier au 20 juin 1897.

Crises tous les mois.

2^e phase. — De fin juin à Novembre 1897.

Crises tous les 15 jours, invariablement.

3^e phase. — De novembre 1897 à janvier 1898.

Crises tous les 8 jours.

4^e phase. — De janvier au 5 mai 1898 (opération).

Crises tantôt tous les huit jours, tantôt deux fois par semaine.

Cette périodicité, comme on le voit, souvent relatée, constitue donc un symptôme d'une grande valeur, et il serait difficile de trouver une autre affection où on le constaterait d'une façon aussi nette.

Intervalle des accès. — Dans l'immense majorité des cas, l'état général reste bon ; l'accès passé, tout est oublié, pas de température. Il peut se faire toutefois que la palpation révèle quelque douleur dans la région ma-

lade, et fasse sentir une masse dure, mobile, plus ou moins nettement globuleuse; c'est le rein déplacé, qui pourra aussi produire des phénomènes réflexes, surtout du côté de l'appareil digestif, tels que dyspepsie et digestions pénibles; mais si, mobile au moment de la crise, le rein revient en place une fois celle-ci passée, on n'observera ni tumeur, ni douleur. Il en fut ainsi dans notre cas, où tous les symptômes disparaissaient avec l'accès. Rien ne pouvait alors faire pressentir une perturbation quelconque; appétit toujours bon, digestions faciles; aucune douleur ou gêne dans le côté, réveillée par des exercices fatiguants; une pression sur la région, le palper bi-manuel, qui d'ailleurs ne permettait pas de sentir le rein, n'étaient pas douloureux. Nos urines ont toujours été normales, ne laissant pas déposer de phosphates, ne contenant ni albumine, ni sang, ni pus.

Tels sont les signes cliniques de l'hydronéphrose intermittente par déplacement du rein. Etudions maintenant les principaux caractères différentiels qu'ils présentent avec d'autres affections.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic doit être fait au début, alors que la tumeur n'existe pas ou n'est pas perceptible, à une période plus avancée, lorsqu'elle a déjà atteint un volume appréciable.

1° *La tumeur n'est pas perceptible.* — C'est certainement la longue période des hésitations, des nombreuses opinions émises tour à tour, puis abandonnées. La douleur étant d'abord mal localisée dans l'hypocondre droit, on pense à des coliques hépatiques, d'autant plus qu'il y a une tendance marquée aux vomissements, sans que jamais ceux-ci se produisent, il est vrai : l'examen des urines et des fèces reste négatif. Coliques néphrétiques alors, car voici des irradiations douloureuses du côté de l'uretère ; mais pas trace de sable urinaire. Comment faire le diagnostic, sur quel symptôme se fonder ? et d'abord ce diagnostic est-il possible ? Oui, et nous pensons qu'il sera toujours fait à une époque très rapprochée du début, en s'aidant des trois symptômes suivants : périodicité quelquefois régulière des crises, retour complet à la santé dans la période acritique, tiraillements douloureux en arrière sous les côtes, pendant les accès. Nous ne voyons en effet pas d'autre affection que l'hydro-

néphrose intermittente qui puisse donner lieu à ces symptômes.

2° *La tumeur est perceptible.* — Il faut d'abord qu'on localise son siège dans le rein. Le diagnostic souvent très difficile des affections du rein, donne à l'exploration de cet organe une importance toute spéciale ; aussi nous étendrons nous sur les différents modes d'exploration.

L'inspection ne donne de renseignements positifs que dans le cas de tumeur volumineuse déjà, ou dans certaines néphroptoses avec déformation du ventre, indiquant une faiblesse de la paroi ; mais ceci est spécial à la femme.

La palpation va nous donner plus de renseignements ; c'est dans ce cas le mode d'exploration le plus fructueux. Mais pour en obtenir tous les résultats qu'elle peut donner, la situation qu'il faut faire prendre au malade est chose capitale ; Voici le manuel opératoire indiqué par M. Tuffier (1). Le malade est couché sur le dos ; les épaules et la partie supérieure du thorax sont un peu relevés, les lombes portent à plat sur le lit, les jambes sont légèrement fléchies ; on prie le malade de respirer lentement, sans aucun effort et sans appréhension, puis on pratique le palper avec une ou deux mains. Le palper avec une seule main se fait en enfonçant largement toute la surface des doigts sous les fausses côtes, la main droite pour le côté droit, la main gauche pour le côté gauche ; Cette pression a lieu en surface ; elle est légère d'abord, puis progressive et continue ; on est arrêté par un plan résistant, lisse, arrondi, rappelant la forme du rein, quelque-

1. Tuffier. *Traité de chirurgie*. T. VII, p.

fois on peut sentir en avant un cylindre arrondi, relativement peu volumineux glissant à sa surface, c'est le côlon. Mais le manque d'appui en arrière de la glande rénale peu volumineuse, fait que cette exploration uni-manuelle ne donne pas de sensation bien nette.

La palpation bi-manuelle consiste, le sujet étant dans la même situation, à former avec la main placée dans la région lombo-costale, un plan résistant, qui permet d'apprécier plus nettement le contour de la glande, et qui en même temps refoule au devant de la main antérieure l'organe à explorer. Si dans cette situation du palper bi-manuel on vient avec la main lombaire à repousser légèrement et brusquement la tumeur au devant de la main abdominale, on a le ballottement rénal, ou signe de Guyon.

Nous voici donc en possession de deux caractères de la plus haute valeur, permettant de rapporter la lésion au rein ; l'un donné par la palpation bi-manuelle, le ballottement rénal, l'autre donné par la palpation uni-manuelle, la corde saillante formée par le côlon en avant ; ce dernier signe a même été dans notre cas le premier en date, celui qui tout d'abord attira notre attention, et, chose étonnante, alors que la tumeur, peu volumineuse, était difficilement perceptible, et qu'il n'y avait encore pas en avant, de zone de matité. M. Tillaux attache à ce signe une grande importance, et voici son opinion à ce sujet (1). « Il est un caractère, qui, lorsqu'il se présente, et c'est la règle, constitue un signe pathognomonique des

1. Tillaux. *Traité de Chirurgie clinique*, t. II, p. 142, 4^e édition.

tumeurs du rein. En avant, on voit et on sent une sorte de corde qui coupe obliquement la tumeur en écharpe, cette corde est formée par le côlon ».

La percussion abdominale peut encore venir en aide à la palpation, mais elle ne fait que confirmer ce que celle-ci a pu donner, encore quelquefois donne-t-elle des données trompeuses. Il est de notoriété classique, en effet, qu'une tumeur du flanc avec sonorité antérieure siège dans le rein ; ce signe n'est pas constant, et la sonorité disparaît quand la tuméfaction rénale devient volumineuse. M. Tuffier indique le mécanisme de cette matité ; le rein, situé derrière le côlon, le repousse en avant en dédoublant le méso-côlon du côté droit ; il s'applique alors sur la région lombaire et gagne la paroi abdominale, refoulant ainsi la zone sonore de l'intestin ; du côté gauche, le dédoublement est tout fait, puisque le côlon descendant est largement dépourvu de péritoine, si bien que la matité est plus fréquente encore.

Nous avons parlé, au chapitre des symptômes du fait suivant qui peut rendre la percussion utile pour le diagnostic : dans la station debout, la tumeur a tendance à se porter en avant sous les fausses côtes, d'où matité en avant. Dans le décubitus dorsal, son propre poids l'entraînera vers les lombes ; l'intestin, refoulé dans le premier cas, reprendra alors sa place habituelle, et la matité sera remplacée par de la sonorité. Nous ne sommes pas en droit de généraliser cette remarque à tous les cas ; mais ce caractère fut assez net chez nous pour que nous ayons cru intéressant de le mentionner ; en tout cas, pour que tel symptôme se produise, il faut que la tumé-

faction rénale n'ait pas encore atteint un volume considérable, remplissant tout le flanc.

Voilà donc un fait acquis, la tumeur vient du rein. Mais de quelle nature est-elle ? Les phénomènes d'intermittence, les crises présentant les mêmes caractères douloureux, revenant souvent à époque fixe, sans fièvre ; la parfaite santé toujours constante dans l'intervalle, cela suffit pour affirmer une uronéphrose intermittente ; il est certain que le diagnostic sera encore mieux et plus facilement établi si pendant les crises, on observe la même oligurie suivie d'éclipse de la tumeur, de sensation de bien être et de soulagement subit, de polyurie temporaire.

Donc la tumeur appartient au rein, et c'est une hydronéphrose intermittente ; mais notre diagnostic n'est pas complet, et borné à cette seule constatation n'est utile en rien pour la direction du traitement rationnel, vers lequel tous les efforts doivent tendre. En effet, l'uronéphrose n'est qu'un symptôme, un fait secondaire, susceptible de disparaître avec la lésion qui l'a produite, et c'est à la connaissance de cette lésion, de cette cause qu'il faut surtout s'attacher.

L'hydronéphrose par mobilité rénale congénitale, donnerait, d'une façon précoce, ses symptômes propres ; les accidents du côté de l'appareil urinaire remonteront le plus souvent à l'enfance ou tout au moins le malade ressentirait déjà depuis longtemps des douleurs du côté affecté.

L'hydronéphrose traumatique se présenterait avec les caractères suivants : à la suite d'un traumatisme direct sur la région lombaire qui a été suivi de douleurs très

fortes et d'empâtement autour du rein, le malade a des hématuries. Puis après une période de quelques jours tout rentre dans l'ordre, et, ne fût-ce une légère sensibilité qui persiste, on croirait le malade radicalement guéri. Un mois, six semaines après, on constate l'apparition d'une tumeur qui présente tous les caractères d'une hydronéphrose classique. On voit qu'il y a deux phases fort nettes dans l'évolution de la lésion rénale ; une phase de contusion rénale, que la douleur, l'hématurie, l'empâtement rendent indiscutable, et quelque temps après une phase où l'hydronéphrose est suffisamment développée pour qu'elle se traduise à l'extérieur par des signes propres.

On serait mis sur la voie d'une hydronéphrose due à un calcul oblitérant l'uretère, si le malade avait déjà présenté soit du sable urinaire dans ses urines, soit des hématuries fréquentes, soit des coliques néphrétiques avec expulsion de graviers. Quant au caractère de la douleur, avec irradiations le long de l'uretère, nous ne pouvons nous fonder sur lui pour affirmer une crise calculeuse ; on le rencontre aussi bien dans la distension du bassinet. En somme, la sortie d'un calcul plus ou moins gros après la terminaison de l'attaque, sera le symptôme le plus important ; mais il manque souvent, et le diagnostic ne pourra guère être regardé comme à peu près certain que si tous les symptômes énumérés ci-dessus se trouvent réunis. Cependant l'hématurie peut devenir un signe très important qui mette sur la voie de la lésion primordiale, lorsqu'elle survient dans l'intervalle des accès de rétention d'urine, dans les conditions où elle se produit habituellement chez les calculeux, c'est-à-dire après une promenade

dans une voiture mal suspendue, après une marche fatigante; il y aura de fortes présomptions pour que les crises d'hydronéphrose reconnaissent un calcul pour point de départ, surtout si le rein n'a pas changé de place et n'est pas mobile. Il faudra enfin songer à la possibilité de lésions du côté de l'extrémité inférieure de l'uretère, à un cancer de la vessie, à une hypertrophie de la prostate.

Après cette rapide revue des différentes sortes d'hydronéphroses, nous nous permettrons une remarque : devant les symptômes d'intermittence des crises bien constatés, surtout si cette intermittence se produit à intervalles fixes il y aura de grandes chances pour que nous n'ayions pas affaire avec une des variétés ci-dessus énumérées.

En effet, on se figure avec peine un caillot sanguin, comme dans l'hydronéphrose traumatique, un calcul comme dans l'hydronéphrose calculeuse venant mettre obstacle au cours de l'urine à intervalles fixes; à plus forte raison, un cancer de l'extrémité inférieure de l'uretère, un cancer de la vessie, l'hypertrophie de la prostate ne donneront qu'exceptionnellement l'intermittence; il faudrait pour cela que, soit le cancer, soit la prostate, diminuât périodiquement de volume, laissant libre passage à l'urine pour augmenter ensuite, ce qui paraît bien invraisemblable.

Comme cause à admettre, il nous restera celle, de beaucoup la plus fréquente : une situation anormale du rein, soit constante, soit temporaire.

Le ballottement sera alors un guide précieux, et pendant la crise, sera trouvé avec son maximum de netteté; mais ce ballottement pendant la crise n'a pas une valeur

suffisante pour nous faire affirmer une ectopie rénale ; il nous indique simplement une tumeur du rein , de quelque nature qu'elle soit ; toute autre est la constatation de ce signe dans l'intervalle des crises, alors que tout symptôme douloureux aura disparu. Tantôt flottant largement, le rein sera trouvé assez éloigné de sa situation normale, et dans ce cas, il a été quelquefois possible de constater de la sonorité en arrière, dans la région rénale vide ; tantôt, seulement mobile, on pourra avec facilité le déplacer, le sentir.

Mais que dire des cas où dans l'intervalle des crises, malgré un palper attentif et fréquent on ne trouve rien d'anormal ? Peut-on, s'appuyant sur ce seul fait, méconnaître la cause réelle de l'hydronéphrose, l'ectopie rénale ? Nous ne le pensons pas. Le déplacement en effet peut être si minime, consistant seulement en un léger abaissement ou légère torsion du pédicule, que le palper bi-manuel se refuse à donner des indications ; d'un autre côté, d'après le mécanisme dont nous avons parlé, ce rein peut être revenu à sa place normale. Comme preuve de ce que nous avançons, nous rappellerons notre observation, où on verra, en effet, que jamais il ne fut possible de trouver le rein dans la période acritique ; et cependant le diagnostic complet, vérifié par l'opération, avait été posé ; sur quels signes avait-on pu se fonder ? La tumeur venait du rein, restait à l'expliquer ; après avoir exclu toutes les autres causes pouvant donner lieu plus ou moins aux symptômes observés, on fut frappé de la marche de l'affection qui ne pouvait être qu'en rapport avec l'hypothèse d'un rein mobile : crises intermittentes et

régularité de leur apparition à époque fixe, douleurs surtout vives en arrière dans la région du rein au début de la crise, silence et calme complet dans l'intervalle des crises.

Ce fut même sur ces trois symptômes seuls que reposa tout le diagnostic, car à aucun moment non plus, nous n'avons présenté les troubles urinaires si caractéristiques et considérés comme pathognomoniques dans l'hydronéphrose : oligurie, puis débâcle et polyurie coïncidant avec la disparition de la tumeur. Voilà pourquoi nous n'avons pas craint, au début de ce chapitre, de dire que le diagnostic était possible même avant l'apparition de toute tumeur ; celle-ci il est vrai a permis de localiser au rein l'affection, mais n'a indiqué ni sa nature, ni sa cause ; ce sont les signes fonctionnels et l'évolution qui ont donné les plus complets renseignements ; si on retrouve ces mêmes signes avant que la tumeur soit visible ou perceptible, il nous paraît que, logiquement, on est en droit de conclure, puisque l'on possède les symptômes primordiaux. Ce diagnostic précoce est de la plus haute importance ; il permettra en effet un traitement rationnel, et ainsi préservera les malades de complications qui peuvent venir compromettre leur existence.

ÉVOLUTION. COMPLICATIONS. PRONOSTIC

L'hydronéphrose intermittente a une marche progressivement croissante; les accidents, faibles au début, à ce point que les malades ne s'en inquiètent souvent pas outre mesure, se déclarent, après un temps variable, dans toute leur netteté, et peu à peu augmentent d'intensité. La durée peut être indéfinie; M. Tuffier a vu des cas qui dataient de 10, 15, 20 ans; des malades qui avaient des crises depuis leur enfance: la tumeur atteignait parfois un volume énorme et provoquait des signes de compression graves des organes voisins. Mais pendant très longtemps, elle reste compatible avec une santé parfaite. On a même noté des cas de guérison spontanée, après dix ans (Hillier Obs. V) après 25 ans (Har. Obs. II). On ne conçoit toutefois pas très bien le mécanisme de ces guérisons exigeant la disparition de la cause de l'affection: pour qu'elles se produisent il est en effet de toute nécessité que le rein, la crise passée, revienne à sa place, et s'y fixe définitivement. Cette évolution progressive, nous l'avons trouvée au plus haut point dans notre affection, où nos crises espacées au début, plus rapprochées ensuite, menaçaient à la fin de devenir subintrantes. Sauf la pseudo-phosphaturie intermittente, dont nous avons dit

ailleurs le peu de gravité, nous n'avons présenté, aucune complication, peut-être de ce fait que l'opération fût relativement précoce. Nous ne voudrions pas cependant omettre de mentionner celles qui le plus fréquemment, peuvent venir modifier le tableau clinique de la maladie.

C'est d'abord l'infection du bassin; les microorganismes des voies urinaires inférieures, même si celles-ci sont saines, et indépendamment de toute blennorrhagie, remontent facilement jusqu'aurein; c'est même un fait fréquent, quelquefois précoce, mais alors, dans ce cas, habituellement de peu de gravité. Pendant la crise, les urines seront légèrement troublées par un peu de pus, et tout se bornera là, sans qu'il y ait d'élévation notable de température. La crise passée, aussitôt que l'urine trouvera sa libre sortie, elle redeviendra claire. « La muqueuse du bassin peut être à peine touchée; elle est un peu moins lisse, un peu moins terne qu'à l'habitude, et les vaisseaux qui serpentent à sa face profonde sont légèrement congestionnés (Terrier et Baudoin). »

Tout autres seront les symptômes observés si l'infection se constitue tout à fait, si le bassin suppure, si l'urine qui y est contenue est chargée de pus; on aura alors une véritable pyélo-néphrite, avec son cortège habituel. La région rénale, qui était indolente, deviendra le siège d'une douleur exquise à la moindre tentative d'exploration; cette douleur pourra même être spontanée. Les urines jadis limpides, une fois l'accès passé, resteront troubles. La fièvre ne tombera pas et redoublera d'intensité, montera même jusqu'à 40° aussitôt que les urines ne pourront plus s'écouler et seront comme en

cavité close. Cette éventualité est des plus à redouter ; c'est elle la plus fréquente et la mort peut en être la conséquence, soit par suite de la perforation du bassinét dilaté, entraînant de terribles complications, telles que péritonite, phlegmon péri-néphrétique; infiltration urineuse: soit par néphrite et urémie. Hâtons-nous de dire cependant, que cette terminaison mortelle est exceptionnelle. Bien plus fréquemment, qu'elle soit légère ou intense, l'infection du bassinét développe des phénomènes inflammatoires dans la région juxta-rénale, et il pourra en résulter la formation d'adhérences qui fixeront définitivement rein ou uretère en une place anormale. La marche clinique de la maladie sera alors transformée complètement.

Primitivement, en effet, la crise passée, la cause mécanique qui la produisait disparaissait aussi; dans ces nouvelles circonstances, la cause persistant, l'hydronéphrose intermittente sera transformée en hydronéphrose fermée, fixe, continue et irréductible. Des faits de ce genre ont été consignés dans les cas de Cole (Obs. II) et de Socin (Obs. XIX). MM. Terrier et Baudoin accordent à ce mode de terminaison une grande fréquence: « Nous sommes persuadés, disent-ils, que presque toutes, pour ne pas dire toutes les hydronéphroses définitives observées sur les reins mobiles que nous avons mentionnées, étaient à leur début intermittentes. Cette transformation est donc un des modes de terminaison qui semble assez fréquent ».

Que devient le rein atteint d'hydronéphrose? L'atrophie de sa substance atteint-elle le degré qu'elle peut présen-

ter dans les hydronéphroses ordinaires fermées? Non, elle n'arrive jamais à être complète; du seul fait que l'hydronéphrose reste intermittente, il est permis d'en déduire que toute la substance rénale n'a pas encore disparu et qu'elle continue à sécréter, puisque ces alternatives de réplétion et de déplétion de la poche prouvent le fonctionnement d'une partie au moins de la glande; bien que partielle, il faut, même au début de l'affection, attacher à cette atrophie possible la plus grande importance, et penser à elle pour la détermination précoce de l'intervention chirurgicale.

Le pronostic variera selon le point de départ de l'affection. Si c'est une tumeur de la vessie, l'hydronéphrose passera bien au second plan, et il n'y aura rien à espérer sans intervention chirurgicale; si c'est un calcul de l'uretère, celui-ci pourra disparaître de lui-même, et avec lui les accidents: notons cependant la pyonéphrose souvent relatée dans ce cas. Pour le rein mobile, étant donnés les excellents résultats de la néphropexie, le pronostic ne sera pas grave, si l'on se décide de bonne heure à cette opération; dans le cas contraire il faudra surtout redouter l'infection, la transformation de l'hydronéphrose intermittente en hydronéphrose fermée, irréductible, l'atrophie partielle du rein. Les malades ainsi abandonnés à eux-mêmes se verront à la merci complète du bon fonctionnement de l'autre rein, resté sain. Qu'un jour ou l'autre ce dernier vienne à son tour à être adultéré, la dépuration urinaire devenant insuffisante, ce sera l'urémie à brève échéance.

TRAITEMENT

Voici un malade atteint d'hydronéphrose intermittente par déplacement du rein, quelle est la conduite à tenir.

Pendant l'accès, le rôle du médecin se bornera à calmer la douleur ; on appliquera des cataplasmes laudanisés, des boules d'eau chaude, des linges chauds sur la région douloureuse ; de grands bains très chauds ont aussi une action calmante incontestable. Au début, lorsque la souffrance n'est pas encore très vive, ces moyens ont leur efficacité ; mais force est bientôt de recourir à l'opium, ou plutôt à la morphine en injections sous-cutanées. On pourra aussi assurer l'antisepsie des voies urinaires par des cachets de salol, conseiller des boissons glacées abondantes, du lait coupé d'eau de Vittel ou de Contréxeville.

Dans l'intervalle des accès, il sera indiqué d'écarter tout ce qui pourrait activer outre mesure le travail fonctionnel du rein, ou l'irriter, tel que les boissons gazeuses ou alcooliques en trop grande abondance, les mets épicés, tomates, asperges, oseille etc... Un vin léger ou du lait coupé d'eau de Vittel paraît être la meilleure boisson. Il est absolument inutile de condamner le malade à un repos absolu ; n'avons-nous pas vu qu'un exercice, même fatigant, avait sur nos crises une influence nulle.

Tout ceci n'est pas un mode de traitement rationnel,

mais symptomatique et médical, et qui n'a pas de prise sur l'évolution de l'affection. C'est à la cause même qu'il faut directement s'attaquer, et une intervention chirurgicale s'impose. Quelle sera cette intervention.

D'abord, et c'est un fait capital, en présence d'accidents aigus, le chirurgien doit s'abstenir, et limiter son rôle à celui du médecin, c'est-à-dire calmer la douleur. Peut-être peut-il par des manœuvres spéciales par un taxis de la région essayer de réduire la tumeur ; quelquefois on obtient une réduction, et certains malades arrivent même à savoir quelle est la position la plus favorable à prendre pour cela. Si l'on obtient un bon résultat, il faut de suite appliquer une ceinture à pelote rénale, de façon à maintenir les choses en état. La ceinture de M. Tuffier est celle qui remplit le mieux les indications, et bien des malades en ont ressenti un réel soulagement. Nous pensons que cette ceinture aura un effet d'autant plus utile que la glande sera plus mobile ; si le rein n'est que déplacé, comme cela fut dans notre cas, on conçoit sans peine que la pelote n'aura aucune action contentive sur lui, puisque ce rein n'est même pas perceptible par la palpation. Aussi devant la persistance des symptômes, l'inutilité de la ceinture, songeant aux complications possibles, il faudra opérer, et la règle de conduite bien définie est la suivante : Dans tous les cas où une hydronéphrose intermittente par déplacement du rein de dimensions restreintes peut se vider avec facilité et presque totalement à fin de chaque crise, c'est-à-dire quand le rein mobile reprend sa place normale, l'indication qui se pose nettement est la néphropexie.

Néphropexie.—C'est une opération relativement récente.

Hahn, de Berlin, fit la première néphrorrhaphie sur deux sujets, les 10 et 14 avril 1881; craignant une hémorrhagie, il sutura la capsule adipeuse du rein aux parties environnantes, sans oser même l'ouvrir; aucun bon résultat, l'ectopie récidiva.

En 1882, Delhaes et Bassini portèrent timidement la main sur la partie superficielle du parenchyme rénal. En 1883 seulement, Kuster, puis d'autres, ne craignirent pas de traverser le rein. Enfin, en 1887, grâce à la méthode de Delhaes et Kuster, les succès opératoires se multiplièrent. En 1888, Landau montre que l'opération de Hahn était parfaitement de mise pour rétablir le cours de l'urine dans l'hydronéphrose intermittente; mais c'est M. le professeur Guyon qui a montré la justesse de cette opinion. Depuis lors, Newmann, Morris, Landau à l'étranger. MM. Guyon et Tuffier en France, traversèrent hardiment la substance rénale.

Cette opération sera faite dans l'intervalle des accès; pour le rein on aura les meilleures conditions d'asepsie, les meilleures conditions de résistance pour les malades. Le manuel opératoire que nous allons décrire, est celui de la néphropexie lombaire; c'est de ce côté qu'il faudra aborder le rein de préférence.

A 4 travers de doigt des apophyses lombaires, on fait une incision depuis la onzième côte jusqu'à un travers de doigt au-dessous de la crête iliaque; on ne peut établir aucune règle au sujet de l'incision à faire, elle dépendra de la nouvelle direction prise par la glande rénale; selon les cas on aura recours à l'incision oblique ou verticale.

On sectionne sur le bord externe de la masse sacro-lombaire les différents plans, jusqu'au muscle carré lombaire, on récline ce muscle et on arrive alors sur la face postérieure de la capsule graisseuse; le chirurgien déchire avec les doigts cette capsule.

La glande mise à nu, on traverse son extrémité inférieure par un fil double de catgut; sa partie moyenne par un second fil, et l'extrémité supérieure par un fil de soie plate

Quelques chirurgiens procèdent alors à la décortication de la partie de la capsule propre comprise entre les fils.

Ce fut Lloyd qui en septembre 1887 employa le premier ce procédé. L'année suivante M. Tuffier s'en servit à son tour pour en faire depuis son procédé de choix; il ajoute même parfois, sur la partie du rein dépourvue de sa capsule, quelques légères scarifications.

Le fil supérieur est fixé au périoste de la douzième côte, tandis que les fils de catgut traversent les plans musculo-aponévrotiques de la plaie. Les surfaces avivées en contact, il faut serrer modérément les fils, afin de ne point déchirer le parenchyme rénal: Voici à ce sujet comment s'exprime M. Tuffier (1): « Sans doute il faut fixer le rein, mais il ne faut que le fixer, et non pas le serrer fortement. D'ailleurs cette fixation est toute temporaire, et c'est à un autre processus qu'est dû la fixation définitive, c'est-à-dire aux adhérences qui s'établissent entre le parenchyme rénal et les tissus environnants, et non par sa capsule propre, incapable de bourgeonner et de produire des adhérences ». Une suture en surjet faite

1. Tuffier. *Soc. anat.* 1888, p. 705.

à 4 étages dans les plans musculo-aponévrotiques, puis suture de la peau avec crins de Florence et fils d'argent. Pansement sec antiseptique, bandage de corps avec sous-cuisses.

Le malade conservera l'immobilité la plus absolue dans son lit, la tête basse et le siège un peu élevé, pendant quinze jours ; cette position déclive empêche des tiraillements au niveau des surfaces cruentées, tiraillements qui pourraient influencer sur les résultats définitifs ; on fera en sorte de prévenir les vomissements et la toux ; en outre des douleurs vives que ces efforts provoqueraient, ils ne seraient pas aussi sans produire au niveau du rein des secousses très préjudiciables à la guérison.

Au septième jour les fils seront enlevés ; le vingt-septième ou trentième le malade peut se lever.

Quels sont les résultats opératoires de la néphropexie ?
Écoutons les statistiques.

Sur les 13 opérés dont Faraggi rapporte l'observation, 13 guérisons.

Navarro nous donne 9 cas opérés, et 9 guérisons.

Une statistique de M. Tuffier portant sur 173 cas donne :

Guérisons absolues	92
Améliorations persistante . .	23
Résultats satisfaisants . . .	24
Améliorat. temporaire . . .	8
Insuccès.	20
Morts	8

Voici une autre de ses statistiques personnelles.

Sur 75 néphropexies, 20 furent faites pour rein mobile

avec hydronéphrose, et 55 pour rein mobile. Deux morts seulement à constater. Les 17 malades atteintes d'hydronéphrose, ont le plus complètement bénéficié de l'intervention au point de vue des troubles fonctionnels, les accidents douloureux ont complètement disparu. Aussi M. Tuffier conclut-il : « Je suis convaincu que la fixation sera de plus en plus l'opération destinée à faire disparaître une mobilité douloureuse du rein, et à remédier à l'hydronéphrose intermittente dont la coudure urétérale sera réductible. »

Le Dr Lafourcade (1), dans 14 cas de rein mobile a pratiqué la néphrorraphie qui lui a donné 12 guérisons, 1 insuccès, 1 mort due à une syncope le huitième jour.

Sauf deux opérations récentes, les 10 autres sont anciennes et ont été suivies de la disparition des accidents douloureux et des troubles dyspeptiques avec retour complet à la santé.

David Newman (2) rapporte 4 cas de rein mobile, dont deux opérés et deux guérisons.

Palleroni (3) cite un cas de double rein flottant et de néphropexie lombaire bilatérale avec guérison.

Quand le rein mobile s'est accompagné d'accidents d'hydronéphrose, les résultats sont peut-être encore plus satisfaisants.

Dans le travail de MM. Terrier et Baudoin, nous trouvons 3 cas opérés.

Premier cas. — De M. Guyon, (Acad. de méd., 1889).

1. Lafourcade. Cong. gyn. de Bordeaux, août 1895.

2. D. Newman. *Brit. méd. Journal*, p. 149, 19 janvier 1896.

3. Palleroni, *Gaz. hebdom.*, Paris, 15 août 1897.

Néphropexie à l'aide de 12 points de suture. Guérison 7 mois après ; guérison absolue, plus de crises, plus de tumeur.

Deuxième cas. — De M. Quénu (1891).

Néphropexie. Amélioration seulement des crises après l'opération et pyélite légère. Néphrectomie lombaire, guérison parfaite, plus de crises.

Troisième cas. — De M. Guyon. (Cas II).

Néphropexie. Guérison.

Faurichon parle de 5 opérés et de 5 guérisons.

Des 20 malades de M. Tuffier, 17 ont guéri.

Nous rangeons notre cas dans ceux de guérison définitive, malgré nos deux récides.

Que conclure, sinon que la néphropexie est une opération bénigne, à mortalité pour ainsi dire nulle, et donnant des résultats forts satisfaisants.

Il ne faudrait cependant pas s'illusionner et croire que dans tous les cas de rein mobile avec hydronéphrose intermittente la simple néphropexie amènera la cessation des crises, témoin le cas de M. Quénu : si la coudure de l'uretère est irréductible il est bien évident que l'on obtiendra qu'un médiocre résultat. Cependant, c'est à cette opération qu'il faut d'abord avoir recours, et comme nous l'avons dit, dès le début de l'affection, dès que le diagnostic ferme est posé. Faut-il compter sur une guérison spontanée et temporiser en attendant celle-ci ? Voici à ce sujet ce qu'en pensent MM. Terrier et Bauclin.

« Certains auteurs admettent comme assez fréquente la guérison spontanée de ces sortes d'hydronéphroses, quoique nous ne croyons guère personnellement à une

guérison radicale. On pourrait donc être tenté d'abandonner les malades à eux-mêmes ; or nous tenons à mettre en garde les médecins contre semblable tendance. Il se peut certainement, que dans tel cas donné la nature amène la guérison ; tout se voit en pathologie. Mais pour un malade qui aura pu guérir de la sorte, combien n'en conduira-t-on pas tranquillement à la mort, en leur mettant sous les yeux le spectre d'une intervention sanglante... C'est négliger certainement de grandes chances de guérison que d'attendre, pour se décider à la néphropexie, que les crises douloureuses rendent la vie absolument impossible ».

Mais l'opération n'a donné aucun bon résultat, les crises sont réapparues, et l'hydronéphrose a même pris le type continu. Les douleurs sont telles que le patient ne peut les supporter et demande à tout prix une intervention. Dans ce cas, la coudure de l'uretère est irréductible, et il ne faudra guère compter sur une seconde néphropexie. La conduite à tenir sera guidée exclusivement par l'état de l'autre rein ; s'il est malade, il faudra se garder de supprimer le rein hydronéphrotique et se borner aux deux opérations suivantes :

1° L'uretéro-pyélo-néostomie, consistant à anastomoser le bassinet avec la partie de l'uretère restée au-dessous de l'obstacle, où à réséquer la coudure. M. Bazy (1) fit cette opération le 27 juillet 1896 sur un homme présentant une hydronéphrose volumineuse. Il a revu son opéré 3 mois après, allant bien. On ne trouvait plus le rein.

1. Bazy. *Bull. méd.*, 21 Octobre 96.

2° La néphrotomie, ou incision de la poche, présentant le grand inconvénient de laisser une fistule, porte d'entrée permanente aux agents pathogènes, et pouvant de ce fait nécessiter une néphrectomie secondaire.

Si au contraire on a la certitude que le second rein assure normalement la dépuraction urinaire, on enlèvera le rein malade. Il est admis que l'organisme peut-être privé d'un rein, sans qu'il s'en suive de perturbation. Ces malades néphrectomisés, sont vraiment dans un état de résistance remarquable, dit M. Tuffier. Mais au point de vue de la mortalité, sa statistique nous donne les résultats suivants :

Néphrectomies lombaires. 21 coll. asept. dont 16 hydron. et 5 kystes. Mortalité 23 0/0.

Néphrectomies transpéritonéales. 49 coll. asep, dont 23 hydron. et 24 kystes. Mortalité 32, 4 0/0.

On le voit, la néphrectomie est une opération autrement sérieuse que la néphropexie, et ce qui en charge la statistique, c'est la bilatéralité des lésions.

Telles sont les circonstances les moins favorables, celles où les accès réapparaissent, et fréquemment, indiquant un échec opératoire complet. Un autre cas peut se présenter : l'opération faite, la guérison semble totale, et après un temps plus ou moins long, des récidives surviennent.

On peut songer à un nouveau déplacement du rein et être tenté de pratiquer de suite une seconde néphropexie, seule opération indiquée d'ailleurs.

Mais est-on bien certain que le rein a rompu ses adhérences, et que là est la cause des crises nouvelles. Ce qui s'est passé pour nous, nous autorise à dire qu'il faut

attendre, surtout, si au lieu de se répéter à intervalles de plus en plus rapprochés, les accès s'espacent.

La guérison obtenue, n'y a-t-il pas des précautions à prendre, une hygiène particulière à suivre pour éviter un retour possible des accidents. Il est difficile de se prononcer ; cependant, le rein étant bien fixé, mieux peut-être que celui du côté opposé, il semble qu'il n'y ait plus rien à craindre. Depuis notre dernière crise, nous avons complètement tout oublié, ne modifiant en rien nos habitudes, et cela sans en ressentir de gêne.

Si nous résumons, nous voyons qu'il n'existe pas de traitement médical de l'hydronéphrose intermittente par déplacement du rein ; le seul est le traitement chirurgical. C'est à la néphropexie, faite de bonne heure, qu'il faudra avoir recours, et ainsi on assurera au malade les plus grandes chances de guérison.

CONCLUSIONS

1° Si l'hydronéphrose intermittente est rare chez l'homme, c'est que rare est aussi chez lui la cause qui le plus fréquemment la produit : l'ectopie rénale.

2° Les travaux pénibles, les exercices physiques immodérés, l'effort, produisent rarement à eux seuls, le déplacement du rein. Il faut que, congénitalement, tel rein soit mobile ou imparfaitement soutenu dans sa loge graisseuse.

3° L'hydronéphrose intermittente se greffant sur le rein mobile, a une prédilection plus marquée chez l'homme que chez la femme ; cela tient peut-être à ce qu'un rein peu déplacé, non compliqué d'entéroptose, fait plus souvent de la rétention que le rein flottant.

4° Avant l'apparition de toute tumeur, la périodicité, la régularité dans l'époque des crises, le caractère même de la douleur, peuvent mettre sur la voie du diagnostic.

5° De ce que, dans l'intervalle des crises, le palper bi-manuel ne permet pas de trouver le rein, il ne s'en suit pas qu'il faille rejeter, comme cause de l'affection, une mobilité rénale. La glande peut n'être que peu déplacée, ou bien, la crise passée, être revenue à sa place normale.

6° Les troubles urinaires peuvent faire défaut, si l'hydronéphrose est de petit volume, ou si l'urine, bien qu'en plus faible quantité, continue à s'écouler.

8° Le traitement sera celui de la cause : la fixation du rein. Il ne faudra pas compter sur la guérison spontanée ; en temporisant, on s'expose à de graves complications. La néphropexie sera donc faite dès que le diagnostic sera certain ; c'est une opération bénigne, et qui donne d'excellents résultats. Nous pensons que ces résultats seront meilleurs encore chez l'homme, en raison de la résistance de la paroi et de la fermeté des tissus.

Vu par le Président de la thèse,

TILLAUX

Vu par le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Nicolai Tulp. — Amstelredamensis observationes medicæ, Editio nova. Amsterdam, 1672, chap. XLIII, p. 163.

Rayer. — Traité des maladies des reins, t. IV, 1841.

Thomas Hillier. — (Londres) In medico chirurgical Transactions published of the Royal med. and. surg. Soc. of London, 1865, p. 73, vol. XLVIII.

Bérard. — Hydronéphroses et suppuration chronique d'un rein. T. Paris, 1867.

Moreau. — Hydronéphroses. Th. Paris, 1868.

Thomas Cole. — In British medical journal, 26 septembre 1894, p. 401.

Morris (H.). — In medico chir. Transactions, Londres, 1876 LIX, p. 227.

Guérin. — Hydron. calculeuse. Th. Paris, 1882.

Eger. — In Berliner Klinische Wochenschr, n° 28, p. 404, 406.

Lloyd (Jordan). — In the Birmingham medical.

Review. — Vol. XX, Décembre, 1886, p. 267.

Lancereaux. — In union médicale, 5 juin 1888, n° 70.

Landau. — In Berliner Klinische Wochenschrift, n° 47 et 48, 26 nov. 1888.

Le Dentu. — Affections chirurg. des reins. Paris, 1889.

Martin. — Cent. fur gyn. 1890, n° 40.

Guyon. — Bull. Acad. de médecine, 1889.

Arnould. — Hydronéphroses. Th. Paris, 90-91.

Legueu. — Des calculs du rein et de l'uretère au point de vue chirurgical. Th. Paris, 1891.

Terrier et Baudoin. — Revue de chirurgie, 1891.

Faurichon. — Hydr. intermittente. Th. Paris, 1893.

Navarro. — Hydronéphroses. Th. Paris, 1894.

Gérard-Marchand. — Gaz. des Hôpitaux, 1^{er} juin 1893.

Tuffier. — Traité de chirurgie.

— Bulletin de la Soc. de chirurgie, 1893.

Pousson. — Journal de méd. de Bordeaux (avril 1893, n° 11).

Hanot. — Diagn. diff. entre la dilat. de la vésicule biliaire et l'hydron. droite. Ann. genito urin. mai 1895, p. 438.

Lafourcade. — Résultats de la néphropexie. Congr. gyn., Bordeaux. Avril 1895.

Bazy. — Bull. méd., 21 octobre 1896.

David Newman. — (Glasgow). Brit. méd. journal 1896.

Legueu. — Path. et trait. de l'hydron. An. gén. urin. nov. et décembre 1896.

Tuffier. — Bull. de la soc. de chirurg., 1896.

Schuchardt. — In Berlin Klin Woch. 22 mars 1897.

Palleroni. — In gaz. hebdom., Paris 15 août 1897.

Richardson. — Trans. Amer. surg. Ass. XV, p. 155. 1898.

Marchais. — Des hémorrhagies dans les hydronéphroses.
1898.

Tuffier. — Nouveau traité de chirurgie. T. VII, p. 305.

